

*Allegato 4*

Somministrazione farmaco a scuola

Al Dirigente Scolastico  
Dell'IC "Don Milani"  
Via delle Gardenie n. 73 – PRATO

**OGGETTO: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

O Personale ATA

O Docente

dell'IC "Don Milani", presso la sede della scuola:

O dell'infanzia \_\_\_\_\_

O primaria \_\_\_\_\_

O secondaria di I° grado: \_\_\_\_\_;

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

della classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di aver seguito un corso di formazione sulla somministrazione dei farmaci in ambiente scolastico, e di essere in possesso del relativo attestato (che si impegna a consegnarne copia in segreteria del personale);
- la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotto e relativo protocollo terapeutico.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_