

**Modulo 04**

Al Dirigente Scolastico

Direzione Didattica "Primo Circolo" – Eboli (SA)

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente.....presso

la scuola

.....docente

formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno(iniziale).....della classe.....

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data

firma per presa visione