Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"25 APRILE" – CORMANO (MI)
Via Molinazzo,35 – 20032 Cormano (MI)
C.F.80126330150 – Cod. Mecc.: MIIC8EN00G
Tel: 0266301963 – e-mail: miic8en00g@istruzione.it
Pec: miic8en00g@pec.istruzione.it – sito : www.ic25aprilecormano.edu.it

FONDI STRUTTURALI EUROPEI pon 2014-2020
PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO

Il Sottoscritto ..... ,

insegnante/addetto del personale ATA dell'Istituto Comprensivo "25 Aprile" di Cormano (MI),

Plesso ..... classe..... (per il personale docente);

Nato a _____ il_____

Residente a _____Via _____n.___

Tel. _____

In relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i farmaci - dispositivo -

Presidio _____ effettuata da genitore/esercente la responsabilità genitoriale:

SIG._____SIG.RA_____

Di (COGNOME E NOME ALUNNO)_____

Frequentante la scuola_____sez./classe_____

Per (indicare la patologia)_____

DICHIARA

la propria disponibilità a somministrare, come da domanda della famiglia e da certificato medico, in orario scolastico, nella consapevolezza che il caso in questione rientra fra quelli previsti e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta affinché il bambino possa frequentare la scuola.

La Famiglia/esercente di responsabilità genitoriale solleva lo scrivente da qualsiasi responsabilità derivante dalle modalità di somministrazione degli stessi.

Cormano, _____

Firma

_____