

Allegato 9

Al Dirigente Scolastico

Dell'IIS Santoni di Pisa

OGGETTO: dichiarazione di disponibilità del personale docente e/o ata per la somministrazione di farmaci ad alunni in orario scolastico

Il/La sottoscritto/a in servizio presso
codesta scuola in qualità di:

o docente formato primo soccorso..... SI NO

(barrare l'opzione di interesse)

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

(barrare l'opzione di interesse)

Considerata la richiesta dei genitori dell'alunno della classe ...-
sez.... plesso

DICHIARA

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

Pisa, _____

.....

firma