

DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico
dell' XI I. C. " Gravitelli – Paino "
- Messina –

**OGGETTO; Disponibilità / Non Disponibilità
per la somministrazione di farmaci**

Il /La sottoscritto/a.....

Genitore o persona delegata: dell' alunno/a.....

Genitore o persona delegata: dell' alunno/a.....

DICHIARA

- ☐ La propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta, **SENZA** che vengano richieste cognizioni specialistiche di tipo sanitario o esercizio di discrezionalità tecnica;
- ☐ La propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta, **ANCHE** con cognizioni specialistiche di tipo sanitario o esercizio di discrezionalità tecnica;
- ☐ Non Disponibilità.

DATA_____

FIRMA
