

DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' SOMMINISTRAZIONE FARMACI

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

**OGGETTO; Disponibilità / Non Disponibilità
per la somministrazione di farmaci agli alunni
Personale DOCENTE – ATA che abbia conseguito corso di PRONTO SOCCORSO (D. Lgs
n°626/94) o PRIMO SOCCORSO**

Il /La sottoscritto/a.....

In servizio presso il plesso.....

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
