Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo"
Serramanna

**Oggetto: Disponibilità per la somministrazione di farmaci salvavita/indispensabili per gli alunni**

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso la Scuola _____ di questa Istituzione Scolastica, in qualità di:

□ Docente formato primo soccorso □SI' □ NO
□ Collaboratore scolastico formato primo soccorso □SI' □ NO
□ Assistente amministrativo formato primo soccorso □SI' □ NO

Considerata la richiesta dei Genitori/ Tutori dell'alunno/a _____
frequentante la classe ____ sez. ____

**Dichiara**

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

Serramanna,

In fede

_____