

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Via Acquaregna, 112 - 00019 Tivoli

ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI I - TIVOLI CENTRO

DISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

ANNO SCOLASTICO ____/____

La/ Il sottoscritto/a _____

docente della classe _____ sez. _____

della scuola ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA I°

nel ☐ Plesso Sandro Pertini ☐ Plesso Don Nello del Raso ☐ Plesso E. Segré ☐ Plesso Braschi

DICHIARA

☐ di essere disponibile a somministrare della terapia farmacologica secondo la richiesta della famiglia all'alunno/a _____ secondo la prescrizione medica agli atti della scuola e consegnata allo/a scrivente;

☐ di essere disponibile a vigilare durante l'auto-somministrazione della terapia farmacologica da parte dell'alunno/a _____ secondo la prescrizione medica agli atti della scuola e consegnata allo/a scrivente;

TIVOLI, _____

FIRMA DEL DOCENTE
