

(Allegato 3 – Modulo di messa a Disposizione)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "Alcmeone"

Il/La sottoscritto/a: _____

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola dell'I.C. "Alcmeone";
VISTE le linee Guida del Ministero della Salute ed il MIUR del 2005;
CONSIDERATO il consenso da parte dell'Ente da cui dipende;
CONSIDERATO il possesso e la validità delle competenze relative alla qualifica di Addetti alle
misure di primo soccorso;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci agli alunni, secondo quanto previsto dal
Protocollo di somministrazione dei farmaci a scuola dell'I.C. "Alcmeone".

Data

In fede _____