

**ALLEGATO 3 - Disponibilità alla somministrazione farmaci alunni**

Al Dirigente Scolastico dell'I. C. "Giacinto Romano"  
di Eboli (SA)

\_\_1\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ docente/collaboratore  
scolastico (*barrare la voce che non interessa*) presso l'I. C. "Giacinto Romano" di Eboli

docente formato primo soccorso                      SI                       NO   
collaboratore scolastico formato primo soccorso SI                       NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ della classe/sezione \_\_\_\_\_  
sezione \_\_\_\_\_ plesso di \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e visionabile presso l'Ufficio Alunni e nella consapevolezza che il caso in questione rientra fra quelli previsti e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché l'alunno possa frequentare la scuola.

Eboli, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_