**Allegato B**

 **Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.C. “Spedalieri-Castiglione”**

**BRONTE (CT)**

**OGGETTO: Disponibilità somministrazione farmaci alunni.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Docente □ ATA in servizio per l’A.S.2024/2025 nel seguente plesso:

 □ SCUOLA DELL’INFANZIA PLESSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ SCUOLA PRIMARIA PLESSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* DOCENTE formato primo soccorso □ SÌ □ NO
* ATA formato primo soccorso □ SÌ □ NO

**CONSIDERATA** la richiesta dei genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

**PRESO ATTO** che l’eventuale intervento di somministrazione di farmaco salvavita, in caso di necessità, solleva da qualsiasi responsabilità penale e civile, poiché la somministrazione si configura come intervento necessario al supporto delle funzioni vitali;

**DICHIARA**

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta dai genitori.

**Bronte, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_