Al Dirigente Scolastico dell'IC Albano Loc. Cecchina

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /La sottoscritto/a docente della classe SI NO

Docente formato primo soccorso SI NO

Collaboratore scolastico formato primo soccorso SI NO

presso il plesso di:

□ via Portogallo

□ via Romania

□ via della Stazione

□ p.zza XXV Aprile

dell'IC Albano Loc. Cecchina, considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a della sezione classe

Dichiara

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

Albano Laziale,

Firma