

Allegato 3b_disponibilità di somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico

Alla Dirigente Reggente del
1° I. C. "G . E. Rizzo", Melilli (SR)

OGGETTO: DISPONIBILITA' DEL DOCENTE/COLLABORATORE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Il/La sottoscritto/a _____ docente/collaboratore scolastico/ presso il 1° ICS "G. E. Rizzo" di Melilli (SR), classe ____ sez. _____ Plesso _____ Ordine Di Scuola _____ sito in Melilli/Villas mundo

PRESO ATTO DELL' AVVISO interno n. __ del __/__/__ e della richiesta della S.V. del __/__/__ prot. n. _____

DICHIARA

LA PROPRIA DISPONIBILITÀ, SU BASE VOLONTARIA ED IN VIRTU' DI UN RAPPORTO FIDUCIARIO CON LA FAMIGLIA, alla somministrazione del farmaco salvavita all'alunno/a _____ secondo le indicazioni previste dal PIP e/ o della documentazione agli atti della scuola

DICHIARA

altresì che segnalerà alla famiglia/alla Direzione/ ogni problema che dovesse insorgere nel corso della terapia; Il/la sottoscritta è a conoscenza delle modalità stabilite per la somministrazione e che si atterrà ad esse scrupolosamente.

Qualora il/la sottoscritto/a verifichi l'insorgenza di situazioni diverse da quelle descritte nei documenti e reputi insufficienti l'ordinario intervento di somministrazione allarmerà immediatamente il 118 e, in ordine la famiglia e la Dirigente Scolastica.

Melilli, __/__/____

Firma
