

## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Laureana Gal. Fer. Melicucco"

Ministero dell'Istruzione e del Merito



Allegato C

## DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ/INDISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO (PERSONALE SCOLASTICO)

## **Al Dirigente Scolastico**

dell'Istituto Comprensivo "Laureana Gal. Fer. Melicucco" di Laureana di Borrello

Firma \_\_\_\_\_

II/La	sottoscritto/a	, insegnante/addetto del personale ATA	
dell'Ist	tituto IC Laureana Gal. Fer. Melicucco pless	so	
classe(per il personale docente), nato/a a			
residente aViaVia			
		alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i	
farmaci - dispositivo - Presidio			
responsabilità genitoriale: Sig			
	gia)	_classesez per (indicare la	
	all'alunno/a;  visto il certificato medico allegato alla citata richiesta;  vista la Nota Miur n. 2312 del 25 novembre 2005, Linee guida per la somministrazione dei farmaci;  in considerazione del fatto che la famiglia/esercente di responsabilità genitoriale solleva lo/la scrivente da qualsiasi responsabilità derivante dalle modalità di somministrazione degli stessi.  DICHIARA		
	di <b>ESSERE DISPONIBILE</b>	di <b>NON ESSERE DISPONIBILE</b>	
•	a prestare all'alunno/a citato l'assistenza richiesta esclusivamente nelle forme e nei modi indicati dal genitore stesso e dal medico curante;		
•	di somministrare il farmaco consegnato $\square$ o custodito nello zaino dell'alunno $\square$ come disposto dalla famiglia e seguendo le istruzioni del medico; di provvedere alla segnalazione ai familiari dell'eventuale malessere dell'alunno e al 118 (nel caso in cui la crisi superi il tempo indicato).		
Laurea	ana di Borrello,		