

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dell'IIS Gaetano De Sanctis

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio presso la scuola  
\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ in qualità di

Docente della classe \_\_\_\_\_  Collaboratore scolastico \_\_\_\_\_

➤ Dichiaro di (barrare una voce)

- Essere disponibile** a somministrare farmaci a scuola per l'alunno: ..... della classe .....
- Non essere disponibile** a somministrare farmaci a scuola per l'alunno: ..... della classe .....

(informazioni sulla somministrazione del farmaco: .....).

- Dichiaro di essere disponibile a seguire opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario, coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia, come previsto dal Protocollo d'intesa tra il M.I.U.R. U.S.R.- Lazio e la Regione Lazio Prot. n. 5985 del 19-02-2018.
- Dichiaro inoltre di aver seguito i seguenti corsi di formazione
  - addetto al primo soccorso
  - partecipazione alla gestione dell'emergenza e del primo soccorso
  - tematiche correlate \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_