

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
