**ALLEGATO 7**

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. “A. Siragusa”

di Palermo

**Oggetto: Disponibilità per la alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita/indispensabile per situazioni di emergenzaagli alunni in orario scolastico.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesto istituto in qualità di

* Docente
* Collaboratore scolastico
* formato al primo soccorso,

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita/indispensabile per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e posta agli atti delle scuola, dai genitori/tutori richiedenti.

Palermo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_