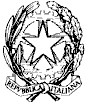
****

***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE***

***G. FALCONE - P. BORSELLINO***

SCUOLA: Infanzia - Primaria – Secondaria 1° grado

**Via Corrado Alvaro, 2 - 89040 CAULONIA MARINA (RC) - Tel. 0964/82039**

E-mail: [rcic826001@istruzione.it](mailto:rcic826001@istruzione.it) - C.M. RCIC826001 - C.F. 90011460806 -

**Sito web: www.istitutocomprensivocaulonia.edu.it**

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO

Il/la Sottoscritto........................................................................., insegnante/ addetto del personale ATA dell'Istituto Comprensivo “Falcone-Borsellino” di Caulonia , Scuola............................................................, classe.............................. (per il personale docente); dichiara la propria disponibilità a somministrare in orario scolastico, il farmaco

* Non salvavita
* salvavita

all'alunno/a.............................................., della classe................................., della scuola...................................................................., affetto/a da patologia accertata da certificazione medica già consegnata in segreteria, secondo il piano di intervento stabilito e sottoscritto dal medico/pediatra

Calulonia, ……………………………

. Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Lucia Pagano

Firma autografa sost. a mezzo stampa ex art.3,c.2,D.Lgs.39/93