# DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AGLI ALUNNI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso l’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## DICHIARA

• di essere a conoscenza delle disposizioni contenute nelle Linee guida ministeriali per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico (Accordo Stato-Regioni del 25/11/2005);

• di rendersi disponibile a collaborare, nell’ambito delle proprie mansioni, alla somministrazione di farmaci agli alunni che ne abbiano necessità, esclusivamente nei casi autorizzati e secondo le modalità previste dal Piano Terapeutico e dalle indicazioni mediche formalmente trasmesse alla scuola;

• di essere consapevole che la somministrazione avverrà solo previa formazione/informazione specifica fornita dall’Azienda Sanitaria Locale, da personale sanitario competente o dai genitori;

• di essere informato/a che la presente disponibilità potrà essere revocata in qualsiasi momento, previa comunicazione scritta al Dirigente Scolastico.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per presa visione:

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Note: Il presente modulo sarà conservato agli atti dell’Istituto e trasmesso, se necessario, all’Azienda Sanitaria Locale per gli adempimenti di competenza.