

l sottoscritt _____ in servizio presso il plesso di _____
- scuola infanzia primaria secondaria di I grado
in qualità di

Docente della classe _____ Collaboratore scolastico _____

Vista la documentazione medica agli atti relativa

all'alunno _____ **classe** _____ **sez.** _____

➤ Dichiaro di (barrare una voce)

Essere disponibile alla (Barrare la voce che interessa)

- somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
- monitoraggio e controllo ipoglicemia (solo per in caso di diagnosi di diabete)
- somministrazione farmaco per terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica

all'alunno/a
scuola classe sez.

Non essere disponibile alla (Barrare la voce che interessa)

- somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
- monitoraggio e controllo ipoglicemia (solo per in caso di diagnosi di diabete)
- somministrazione farmaco per terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica

all'alunno/a
scuola classe sez.

Dichiaro di essere disponibile a seguire opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario, e ogni altra formazione proposta dalla Scuola in accordo con la famiglia.

Dichiaro inoltre di aver seguito i seguenti corsi di formazione

- Formazione specifica- corso organizzato per il tramite della scuola
- addetto al primo soccorso
- partecipazione alla gestione dell'emergenza e del primo soccorso
- tematiche correlate _____

Data _____

Firma
