ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

del Liceo Morgagni

Roma

\_l\_ sottoscritt\_ in servizio presso la scuola in qualità di

Docente della classe Collaboratore scolastico

* Dichiara 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: ).

* Dichiara 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 siglato il 31-01-2018.
* Dichiara 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