

ALLEGATO 6

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA VIGILANZA DURANTE L'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____, insegnante/addetto del personale ATA
dell'Istituto Comprensivo "Giannone- De Amicis" di Caserta, plesso _____,
classe _____ (per il personale docente), nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ Via _____ n. _____ Tel. _____

In relazione alla richiesta di **autosomministrazione** del/i seguente/i farmaci _____
presentata da genitore/ esercente la responsabilità genitoriale:

Sig. _____ Sig.ra _____
di (Cognome e Nome alunno/a) _____
frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

come da domanda della famiglia e da certificato medico, con la consapevolezza che il farmaco in questione sia indispensabile per la frequenza a scuola dell'alunno/a

DICHIARA

- ☐ la propria disponibilità alla vigilanza durante l'autosomministrazione del farmaco in orario scolastico
☐ di non rendersi disponibile alla vigilanza durante l'autosomministrazione del farmaco in orario scolastico

Caserta, _____

Firma _____