**ALLEGATO 7**

Spett.le Dirigente Scolastico

Dell’I.C. Carlo Amore – Piano Gesù

Modica

**Oggetto**: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci salvavita/indispensabili agli alunni in orario scolastico.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto in qualità di Docente Collaboratore scolastico, formato al primo soccorso, considerata la richiesta del Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che frequenta la classe \_\_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_\_ del Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

## DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita/indispensabile per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e posta agli atti della scuola.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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