INDIVIDUAZIONE DEL PERSONALE SCOLASTICO RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

I L D I R I G E N T E S C O L A S T I C O

VISTA la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico formulata dai genitori / tutori dell'alunno/a _____ iscritto/a presso codesto Istituto scolastico per l'A.S. 20___/20___ alla classe ___ sezione ___ della Scuola dell'Infanzia/ Scuola Primaria / Secondaria di primo grado [barrare la voce che non interessa] ed acquisita agli atti con prot. n._____ del ___/___/___;

ACQUISITA agli atti con prot. n._____ del ___/___/___ l'attestazione dei medico curante relativa alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico;

RISCONTRATA la disponibilità a somministrare farmaci in ambito scolastico da parte del personale docente ed ATA della classe / plesso frequentati dall'alunno/a

C O N F E R I S C E

alle SS.LL. di seguito elencate

PERSONALE DOCENTE	FIRMA PER ACCETTAZIONE	PERSONALE ATA	FIRMA PER ACCETTAZIONE

l'incarico della somministrazione del/i farmaco/i secondo quanto definito dall'attestazione dei medico curante relativa alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

il Dirigente Scolastico
prof.ssa Ilaria Santicchia

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, comma 2 del D.lgs n.39/1993