Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO
VILLANOVA MONDOVÌ

Oggetto: Dichiarazione disponibilità / non disponibilità somministrazione farmaci validità per l'intero ciclo scolastico dell'alunno/a

Io sottoscritto _____

□ Insegnante di scuola dell'infanzia/primaria/secondaria
□ personale A.T.A
□ assistente alle autonomie

In servizio presso
_____

DICHIARO

□ di **ESSERE disponibile** esplicata la formazione / addestramento sul singolo caso specifico a praticare la somministrazione di farmaci e/o ad effettuare interventi specifici in merito ai bisogni speciali di salute dell'alunno/a

_____
frequentante
la Scuola dell'Infanzia di _____
la Scuola Primaria di _____
la Scuola Secondaria di 1^ grado di Villanova M.vì

□ di **NON ESSERE disponibile** a praticare la somministrazione di farmaci e/o ad effettuare interventi specifici in merito ai bisogni speciali di salute dell'alunno/a

_____

COMUNICO

□ di avere partecipato a un corso formativo di Primo Soccorso
□ di NON avere partecipato a un corso formativo di Primo Soccorso

Villanova Mondovì, _____

firma _____