## Allegato 2

## Al personale addetto al Primo Soccorso in servizio nel plesso di …………………….

**Ai Docenti del Team/Consiglio di Classe ………………….. di ………………..**

## Ai docenti e al personale Ata in servizio nel plesso di …………………..

Oggetto: **Richiesta disponibilità somministrazione farmaco alunno INIZIALI ……… in orario scolastico**

Con la presente si chiede la disponibilità alla somministrazione di farmaco per l’alunno ……………………….. essendo pervenuta formale richiesta da parte di genitori secondo le modalità certificate e prescritte da relativo personale medico.

Gli interessati avranno cura di compilare il modulo allegato e farlo pervenire con sollecitudine al Dirigente Scolastico tramite mail all’indirizzo [czic813004@istruzione.it](mailto:czic813004@istruzione.it), entro giorno …./…./202…..

La somministrazione non richiede possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica.

A valutazione del Pediatra/Medico di medicina Generale/Specialità indicato dalla famiglia, è prevista una eventuale formazione operativa da parte di personale tecnico indicato dalla famiglia.

Si ringrazia per la collaborazione

**Il Dirigente Scolastico**

Dott. Antonio Caligiuri

Al Dirigente Scolastico dell’IC Serrastretta

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/la sottoscritto/a……………………………………………personale Docente ATA dell'IC Serrastretta presso la scuola ……………………………… plesso di …………………………………. di Serrastretta/Decollatura, considerata la richiesta dei genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe …………………..

Dichiara

* Di possedere in corso di validità la certificazione relativa al Primo soccorso conseguita in seguito a corso in presenza.
* La propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e dopo aver ricevuto adeguate istruzioni e formazione da parte degli operatori sanitari interessati.

Firma

……….…………………………