

Prof.ssa Carmela Epifani

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta docente della classeSI NO

docente formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso..... SI NO

presso la scuoladell'Istituto Comprensivo n° 2 Bologna

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno(iniziale).....della classe.....

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o

del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data

FIRMA

firma per presa visione