

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Del Liceo Morgagni
Roma

l sottoscritt _____ in servizio presso la scuola

in qualità di

Docente della classe _____ Collaboratore scolastico _____

➤ Dichiaro di (barrare una voce)

- Essere disponibile** a somministrare farmaci a scuola per l'alunno: della classe
- Non essere disponibile** a somministrare farmaci a scuola per l'alunno: della classe

(informazioni sulla somministrazione del farmaco:).

➤ Dichiaro di essere disponibile a seguire opportuna formazione specifica, effettuata dal Distretto sanitario, coinvolgendo anche il Medico curante e la famiglia, come previsto dal Protocollo d'intesa tra il M.I.U.R. U.S.R.- Lazio e la Regione Lazio siglato il 31-01-2018.

➤ Dichiaro inoltre di aver seguito i seguenti corsi di formazione

- addetto al primo soccorso
- partecipazione alla gestione dell'emergenza e del primo soccorso
- tematiche correlate _____

Roma, _____

Firma
