ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

 del Liceo Morgagni

 Roma

\_l\_ sottoscritt\_ in servizio presso la scuola in qualità di

Docente della classe Collaboratore scolastico

* Dichiara 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: ).

* Dichiara 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.
* Dichiara 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