

**Allegato  
C**

MODULO DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' A SOMMINISTRARE  
FARMACI AGLI ALUNNI

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN AMBITO SCOLASTICO**

(Da compilare a cura del personale della scuola)

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto d'Istruzione Superiore  
"B. Russell" di Milano

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ docente della classe \_\_\_\_\_ SI NO  
Docente formato primo soccorso \_\_\_\_\_ SI NO  
Collaboratore scolastico formato primo soccorso \_\_\_\_\_ SI NO  
in servizio per l'anno scolastico 2022/2023 presso l'Istituto d'Istruzione Superiore "B. Russell" di Milano,  
considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ della  
classe \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco salvavita/indispensabile prescritto per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_