

**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 _____