Alla fiduciaria

al personale docente

e al personale ATA

in servizio nella Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

alla DSGA

Oggetto: richiesta disponibilità per somministrazione farmaco in caso di necessità

(alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cl. \_\_\_\_\_\_\_)

In riferimento al “Protocollo d’intesa per la somministrazione dei farmaci a scuola” tra la Regione e l’USR Umbria (sottoscritto in data 22-2-2019, agli Atti della Regione prot. n 5382 del 27-02-2019), si chiede ai soggetti in indirizzo, disponibili alla somministrazione di cui all’oggetto, la compilazione del modulo in allegato alla presente.

Si chiede gentilmente alla fiduciaria del Plesso di riconsegnare i moduli di disponibilità compilati all’ufficio della segreteria entro il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (in caso di più disponibilità, pregasi effettuare copie del modulo allegato).

Distinti saluti.

Il Dirigente Scolastico

prof. Francesco M. Manno

*Modulo relativo alla disponibilità per*

*somministrazione farmaco*

Al Dirigente Scolastico

**prof. Francesco M. Manno**

Oggetto: dichiarazione di disponibilità per la somministrazione farmaco in caso di necessità

(alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

PERSONALE DOCENTE/OPERAT. SOCIO-EDUCAT.

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

insegnante/operatore socio-educativo in servizio nella cl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara la propria disponibilità a somministrare, in caso di necessità, in orario scolastico, il farmaco all'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: dichiarazione di disponibilità per la somministrazione farmaco in caso di necessità

(alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

PERSONALE ATA

La Sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

collaboratrice scolastica in servizio nella Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

dichiara la propria disponibilità a somministrare, in caso di necessità, in orario scolastico, il farmaco all'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_