DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNNI IN ORARIO SCOLASTICO

DA COMPILARE A CURA DEI DOCENTI E DEI COLLABORATORI SCOLASTICI
IN SERVIZIO NEI PLESSI DELL'ISTITUTO

I sottoscritti docenti:

nome e cognome **firma**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

I sottoscritti collaboratori scolastici:

nome e cognome **firma**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

in servizio nel corrente a.s. 2020/2021 nel plesso _____ dell'IC Da Rosciate di Bergamo, consapevoli che nel ruolo e nella funzione di precettori/operatori scolastici sono tenuti a garantire, nei confronti di alunni minori, ogni forma di primo soccorso che tuttavia non comporti specifiche conoscenze, capacità, abilità di carattere medico-sanitario e non implichino particolari tecniche di esecuzione sempre di carattere esclusivamente medico -sanitario

DICHIARANO

a propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci prescritti all'alunno/a iscritto/a e frequentante la classe _____sezione _____

a) nei limiti e alle condizioni esplicitate dal Protocollo vigente in merito
b) nei tempi, nelle dosi e con le modalità prescritte dal medico curante dell'alunno/a
c) con la fattiva collaborazione della famiglia dell'alunno/a
d) sulla scorta di quanto dichiarato e sottoscritto negli allegati modelli A - B