**Allegato B**

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo CIVITELLA CASANOVA

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ A SOMMINISTRARE FARMACI IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICO**

*(Da compilare a cura dei docenti dell’alunno/a e dei collaboratori scolastici del plesso e da consegnare al D.S.)*

 \_l\_ sottoscritt\_ …………………………………………………………………………………...., docente / collaboratore scolastico

in servizio presso l’Istituto Comprensivo Civitella Casanova, scuola ……………………………………………...................

sede ……………………………………………………………………….…….,

dichiara

la propria disponibilità a somministrare farmaci in orario e ambito scolastico, incluse le uscite didattiche e i viaggi di istruzione, all’alunn\_ ……………………………………………………………………….…………………………..., frequentante la classe ……………………………… sez. …………………………, come da richiesta della famiglia e da allegata prescrizione medica.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente abilità di ordine sanitario, sarà propria cura assicurare la somministrazione con celerità, cura e diligenza massima, seguendo le indicazioni fornite dal medico curante o dai medici della ASL negli appositi incontri di formazione.

............................................... li ...................................

Firma

..................................................................................