UNIONE EUROPEA

Ministero dell'Istruzione
e del Merito

IISS "Ven. IGNAZIO CAPIZZI" BRONTE
Liceo Classico - Liceo Artistico - Liceo Scientifico - IPSIA - IPSASR
CM: CTIS00900X

Alla Dirigente Scolastica
del I.I.S.S. "Ven. I. Capizzi" - Bronte

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a _____

Docente/ATA in servizio per l'A.S.2024/24 nel Plesso_____

- Docente formato primo soccorso SI NO
- ATA formato primo soccorso SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a della classe_____

preso atto che l'eventuale intervento di somministrazione di farmaco salvavita, in caso di necessità, solleva da qualsiasi responsabilità penale e civile, poiché la somministrazione si configura come intervento necessario al supporto delle funzioni vitali;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta

dai genitori.

Bronte, Firma

Corso Umberto, 279 – 95034 – Bronte (CT) Cod. Fisc. 80011280874
Dirigente Tel. 095 6136096 - **Direttore S. G. A.** Tel. 095 6136097 - **Centralino** Tel. 095 6136100 - **Fax** 095 6136499
Posta elettronica certificata: ctis00900x@pec.istruzione.it; posta elettronica ctis00900x@istruzione.it
Sito web: **www.iscapizzi.edu.it**