



**MODULO DI ACCETTAZIONE DA PARTE DEL DOCENTE DELL'INCARICO DI
SOMMINISTRARE IL FARMACO**

Al Dirigente Scolastico
dell'IC O. Frezzotti-Corradini
Latina

Il sottoscritto _____

insegnante dell'alunno/a _____

della classe _____ della scuola _____

visto il certificato medico rilasciato dal Dott. _____

in data _____

vista la richiesta del genitore sig. _____

di somministrazione del farmaco salvavita o indispensabile _____

DICHIARA

su base volontaria e consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie, di essere disponibile a somministrare il farmaco salvavita o indispensabile al bambino, nei casi previsti dal certificato medico nell'anno scolastico _____.

Latina, _____

Il docente
