

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Nettuno II

La/Il sottoscritto/a _____ in qualità di docente ATA

VISTE le Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico del 25/11/2005 emanate dal MIUR e dal Ministero della Salute;

VISTO il DGR USR Lazio n. 71/2012 “Percorso per favorire l'inserimento a scuola del bambino con diabete”. Approvazione delle Linee di indirizzo” e s.m.i.;

VISTO il Protocollo di intesa tra MIUR – USR Lazio e Regione Lazio “Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico” Prot. n. 5985 del 19-02-2018;

CONSIDERATA la richiesta dei genitori dell'alunna/o _____ della classe _____ del plesso

F.lli Grimm H.C. Andersen S. Maria Goretti secondaria di primo grado Canducci

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco..... secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Nettuno li _____

In fede _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la documentazione agli atti;

VISTA la disponibilità presentata;

AUTORIZZA

il docente/pers. ATA sig. _____ al fine della supervisione alla somministrazione/ alla somministrazione di farmaci salvavita agli alunni secondo il protocollo d'Istituto. Ra,

Nettuno, li _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

prof.ssa Ida Balzano