Immagine che contiene testo, clipart, porcellana

Descrizione generata automaticamente

Ministero dell’Istruzione

Istituto Comprensivo Como Prestino – Breccia

Via Picchi 6 – 22100 Como - Tel: 031 507192 - Fax: 031 5004738 [WWW.ICCOMOPRESTINO.EDU.IT](http://www.iccomoprestino.edu.it/) - E-MAIL: [COIC81300N@ISTRUZIONE.IT](mailto:coic81300n@istruzione.it) – PEC: [COIC81300N@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:coic81300n@pec.istruzione.it)

CF:80020220135 – CODICE UNIVOCO UFFICIO: UF74US - CODICE IPA: ISTSC\_COIC81300N

**Al Dirigente Scolastico**

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il Sottoscritto........................................................................., insegnante/ addetto del personale ATA dell'Istituto Comprensivo I.C. Como Prestino Breccia (CO), Scuola............................................................, classe.............................. (per il personale docente);

**DICHIARA**

la propria disponibilità a somministrare, in orario scolastico, il farmaco indispensabile /salvavita all'alunno/a.............................................., della classe................................., della scuola...................................................................., affetto/a da........................................................, come da certificazione medica già consegnata in segreteria.

Dichiara inoltre di aver seguito i seguenti corsi di primo soccorso………………

luogo, …………….

Firma

------------------------------