**SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Io sottoscritto/a…………………………………………………………………………………

docente della classe……………………. del plesso………………………………………………

vista la richiesta dei genitori dell’alunno/a…………………………………………………………..

considerato il tipo di somministrazione richiesta, dichiaro di essere disposto/a ad effettuare detta

somministrazione in ambito scolastico durante il mio orario di servizio, avvisando, in ogni caso, la famiglia.

 Firma………………………………………

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTE le linee guida ministeriali 2005 per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico

PRESO ATTO della disponibilità delle docente,

VALUTATO che la somministrazione di cui trattasi non richiede di essere effettuata in ambienti attrezzati,

VISTE la richiesta e la dichiarazione di responsabilità dei genitori

AUTORIZZA

il docente……………………….………………………alla somministrazione di farmaci in ambito

scolastico di cui all’allegata richiesta prot. n.………………. del ………………………………………

Brugherio,…………….

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Annamaria Sicilia