



Liceo
Tommaso GARGALLO
Classico
Linguistico
Musicale
Coreutico
Siracusa



Allegato 7

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL LICEO GARGALLO
SIRACUSA

OGGETTO: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci salvavita/indispensabili agli alunni in orario scolastico.

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di Docente Collaboratore scolastico, formato al primo soccorso, considerata la richiesta del Genitore dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il _____/_____/_____*I*_____ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita/indispensabile per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e posta agli atti delle scuola.

Siracusa, _____

FIRMA