

ALLEGATO 3 DISPONIBILITA' SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. AMEDEO MOSCATI
PONTECAGNANO FAIANO

- **VISTA** la richiesta della famiglia alla somministrazione di farmaci in orario scolastico
(ALLEGATO 1 prot. n.....del.....)

- **CONSIDERATO** che il farmaco può essere somministrato senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica come da certificazione medica
(ALLEGATO 2 prot. n.....del.....)

- **VISTA** l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico

- **VISTA** la dichiarazione formale della scuola a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità nella pratica della somministrazione

I SOTTOSCRITTI FORNISCONO FORMALE DISPONIBILITA'

Ad effettuare la somministrazione del farmaco indicato nella certificazione medica allegata.

COGNOME NOME	PERSONALE DOCENTE/ATA	FIRMA PER DISPONIBILITA'

DATA.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA LA DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

IN DATA.....AUTORIZZA IL PERSONALE SCOLASTICO

SOPRAELENcato ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO COME INDICATO DA CERTIFICAZIONE MEDICA.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Raffaella Luciano