

**Al Dirigente Scolastico  
dell'IC Carlo Levi Di Maniace (CT)**

**DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
il .....

- ☐ personale ATA  
☐ personale docente

presso il I.C. Carlo Levi di Maniace,

**preso atto** della richiesta di disponibilità a somministrazione farmaco in favore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ avanzata dal Dirigente scolastico;

**considerato**

- ☐ che la somministrazione del farmaco può essere erogata da personale adulto non sanitario, configurandosi come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione, come attestato nel certificato medico;

*oppure*

- ☐ che il/la sottoscritto/a è in possesso di specifica formazione per la somministrazione del farmaco in oggetto;

**vista** la dichiarazione dei genitori, i quali sollevano il personale somministratore da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico;

**DICHIARA**

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_