

**ACQUISIZIONE DELLA DISPONIBILITÀ DI DOCENTI/PERSONALE ATA
ALLA VERIFICA/DOCUMENTAZIONE IN CASO DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

ANNO SCOLASTICO

Plesso scolastico

Comune Via n°

Classe/Sezione Piano

Alunna o alunno/studentessa o studente maggiorenne

Cognome Nome

Nata/o il / / CODICE FISCALE

Io sottoscritto COGNOME NOME

nato a il

ruolo

in relazione alla richiesta di attivazione del percorso di continuità della cura in ambito scolastico, presentata per l'alunna/alunno o per la studentessa/studente maggiorenne soprageneralizzata/o, consapevole che la disponibilità alla verifica/documentazione dell'avvenuta auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che i genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale/studentessa o studente maggiorenne sollevano i docenti/personale ATA da responsabilità derivanti da eventuale errore nell'auto-somministrazione di farmaci in ambito scolastico

mi dichiaro disponibile alla verifica/documentazione dell'auto-somministrazione di farmaci, secondo quanto indicato nella certificazione medica (MODULO 1).

mi dichiaro non disponibile alla verifica/documentazione dell'auto-somministrazione di farmaci.

Data / /

Firma
