

**ACQUISIZIONE DELLA DISPONIBILITÀ DI DOCENTI/PERSONALE ATA  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI**

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

**Plesso scolastico**

\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

classe/sezione \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_\_

**Alunna o alunno/studentessa o studente**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_/\_\_/\_\_ CODICE FISCALE \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Io sottoscritta/o COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nata/o 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/lo studente soprageneralizzata/o, consapevole che la disponibilità alla somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che il/i richiedente/i sollevano i docenti/personale ATA da responsabilità derivanti da eventuale errore nella somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici in ambito scolastico

**mi dichiaro disponibile alla somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici**, secondo quanto indicato nella certificazione medica (MODULO 1).

**mi dichiaro non disponibile** alla somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici

data \_\_/\_\_/\_\_

firma

\_\_\_\_\_