

**Modulo 04**

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "Bozzaotra"  
Massa Lubrense (NA)

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente..... presso  
la scuola ..... docente formato primo  
soccorso..... SI NO  
collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI NO  
considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziale).....della classe.....

dichiara

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

Data

firma per presa visione