**Allegato D**

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il Sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, insegnante/addetto del personale ATA dell'Istituto Comprensivo “Rita Levi Montalcini” di Gorgonzola (MI), Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (per il personale docente), nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i farmaci - dispositivo - Presidio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ effettuata da genitore/esercente la responsabilità genitoriale: SIG.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SIG.RA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di (COGNOME E NOME ALUNNO)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frequentante la scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez./classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Per (indicare la patologia)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

la propria disponibilità a somministrare, come da domanda della famiglia e da certificato medico, in orario scolastico, nella consapevolezza che il caso in questione rientra fra quelli previsti e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinchè il bambino possa frequentare la scuola. La Famiglia/esercente di responsabilità genitoriale solleva lo scrivente da qualsiasi responsabilità derivante dalle modalità di somministrazione degli stessi.

Gorgonzola, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_