AL DIRIGENTE

 IC VIA CASALOTTI 259 ROMA

Il/La sottoscritt ..............................................................................., insegnante della classe .................... del plesso ..................................................................

Vista la richiesta presentata dai genitori dell’alunna/o………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………

Considerate le dichiarazioni dei GENITORI e del MEDICO CURANTE che sollevano il docenteeventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione del farmaco suddetto,

 DICHIARA

□ di essere disponibile ad effettuare il **CONTROLLO** delle modalità di autosomministrazione del

 suddetto farmaco per l'anno scolastico in corso.

□ di essere disponibile ad **EFFETTUARE LA SOMMINISTRAZIONE** del suddetto farmaco

 salvavita per l'anno scolastico in corso.

□ di essere disponibile **alla vigilanza** durante l'auto somministrazione del suddetto farmaco da

 parte dell'alunna per l'anno scolastico in corso.

Roma.,

Firma