



MINISTERO dell'ISTRUZIONE
Istituto Statale di Istruzione Superiore
"BETTY AMBIVERI"
Via C. Berizzi 1 - 24030 Presezzo BG



**All.n.2 A - DISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO AL(LA)
STUDENTE(SSA) (da compilare dagli interessati e da consegnare al D.S.)**

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Betty Ambiveri
Presezzo (BG)

II/La sottoscritto/a:

in qualità di

- GENITORE
 PERSONALE DOCENTE
 PERSONALE NON DOCENTE
 ALTRO

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola dell'istituto Betty Ambiveri di Presezzo;

VISTE le linee Guida del Ministero della Salute ed il MIUR del 2005;

VISTO il Protocollo d'Intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia "PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA"(dgr 6919/2017)

CONSIDERATO il consenso da parte dell'Ente da cui dipende;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco.....allo/a
studente/ssa.....della classe.....

nell'a.s....., secondo quanto previsto dal Protocollo

di somministrazione dei farmaci a scuola del Istituto "Betty Ambiveri"

Data

In fede _____