Al Dirigente Scolastico

 Dell’Istituto ………………………….

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' DEL PERSONALE AD EFFETTUARE INTERVENTI SANITARI**

Il/la sottoscritt... ………………………………docente / collaboratore scolastico presso la scuola dell’infanzia /primaria/secondaria di I grado nel plesso di ………………………..........., si rende disponibile ad effettuare :

* la somministrazione di farmaci in orario scolastico
* l’ intervento specifico ……………………………………………………………………
* l’ affiancamento e/o vigilanza nell’ auto somministrazione e/o nell’ intervento specifico,

all’alunno/a ……………..…………, frequentante la sez./classe ……..

In fede

Data firma