**Modulo 4 – MESSA A DISPOSIZIONE**

**Alla Dirigente Scolastica I.C. “San Giovanni Bosco – De Carolis”**

II/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VISTO** il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola dell’I.C. “San Giovanni Bosco – De Carolis”; **VISTE** le linee Guida del Ministero della Salute ed il MIUR del 2005;

**CONSIDERATO** il consenso da parte dell’Ente da cui dipende;

**CONSIDERATO** il possesso e la validità delle competenze relative alla qualifica di Addetti alle misure di primo soccorso;

**DICHIARA**

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci agli alunni, secondo quanto previsto dal Protocollo di somministrazione dei farmaci a scuola dell’I.C. “San Giovanni Bosco – De Carolis**”**.

Data ……………………………

FIRMA

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