



**2° ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO  
"Alessandro Volta" - Florida**

Via Colombo n 30 - 96014 Florida (SR)

Tel. e fax n. 0931/941086 C. F. **93039560896**

mail: [src82500t@istruzione.it](mailto:src82500t@istruzione.it) pec: [SRIC82500T@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:SRIC82500T@PEC.ISTRUZIONE.IT)

<https://www.istitutocomprensivovoltaflordia.edu.it>

Al personale Docente della classe/sezione \_\_\_\_\_

Al Personale ATA

del Plesso \_\_\_\_\_

**OGGETTO: ACQUISIZIONE DISPONIBILITA' SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Al personale docente e ATA, preferibilmente individuato tra il personale che abbia seguito i corsi di Primo Soccorso e già nominato come Addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D.Lgs. n.° 81/2008 e D.M.388/03) e al quale è stata comunque garantita prioritariamente l'informazione e formazione specifica "in situazione" da parte del Medico curante,

SI CHIEDE

la disponibilità a somministrare, secondo le prescrizioni, modalità, orari e dosi definiti dal Medico curante

il farmaco \_\_\_\_\_

all'alunno/a \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

I sottoscritti, consapevoli della legittimità del rifiuto a somministrare il farmaco suddetto, ma altresì consapevoli dell'obbligo di assistenza per tutte le situazioni che implicano un rischio di vita e che tale obbligo prescinde dalle competenze professionali o dal ruolo istituzionale svolto, dichiarano qui di seguito la loro disponibilità o non disponibilità alla prestazione in oggetto:

NOMINATIVO DOCENTE	SONO DISPONIBILE	NON SONO DISPONIBILE	FIRMA

NOMINATIVO PERS. ATA	SONO DISPONIBILE	NON SONO DISPONIBILE	FIRMA

La presente disponibilità deve essere restituita entro 3 gg. dalla consegna.

Cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Clorinda Coppa  
**(Firma autografa omessa  
ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. n. 39/1993)**