# Allegato D

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a , insegnante/addetto del personale ATA dell'Istituto Comprensivo “Leonardo da Vinci” di Settala (MI), plesso

 , classe (per il personale docente),

nato/a a il residente a Via n. Tel. In relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i farmaci - dispositivo - Presidio

 effettuata da genitore/esercente la responsabilità genitoriale:

Sig. Sig.ra di (Cognome e Nome alunno/a) frequentante la scuola classe sez. per (indicare la patologia)

# DICHIARA

la propria disponibilità a somministrare, come da domanda della famiglia e da certificato medico, in orario scolastico, nella consapevolezza che il caso in questione rientra fra quelli previsti e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché il bambino possa frequentare la scuola. La famiglia/esercente di responsabilità genitoriale solleva lo/la scrivente da qualsiasi responsabilità derivante dalle modalità di somministrazione degli stessi.

Settala,

Firma