MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"
SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa,159 – 00049 Velletri (RM) - 069634194 fax ***069630100***
Cod. Mecc. RMIC8D500D – Codice Fiscale 95036930584 – Codice Univoco UFHE4H – Distretto 39°
e-mail: **RMIC8D500D@istruzione.it** sito web: **www.ic-velletrinord.edu.it**

Allegato D1 (solo docenti/ata)

CONFERMA DISPONIBILITA' PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA DOCENTE/ATA

Il/la sottoscritto/a_____

- ☐ DOCENTE
- ☐ ATA

della classe_____plesso_____

ordine di scuola _____

formato primo soccorso ☐ SI ☐ NO

DICHIARA di confermare la propria

☐ DISPONIBILITA' alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta dalla famiglia .

☐ NON DISPONIBILITA' alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta dalla famiglia

Si precisa che in riferimento alla nota del MIUR prot.2312 del 15/11/2005 "la somministrazione dei farmaci deve avvenire stilla base di specifiche autorizzazioni non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo Sanitario, ne 1'esercizio di discrezionalità tecnica da pane dell'adulto (art.2 come guida ministeria1e 2005)."
Considerato che l'omissione nella somministrazione farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che necessita, nonché il reato di omissione di soccorso

IL PRESENTE MODULO VA RICONSEGNATO FIRMATO E COMP1LATO PRESSO L'UFFICIO DELLA SEGRETERIA DIDATTICA **ENTRO E NON OLTRE TRE GIORNI** SUCCESSIVI LA RICEZIONE DELLO STESSO.

Velletri ___/___/_____ Firma

_____