

**Allegato 5B**

**“Disponibilità del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco”**

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC di Macerata Campania

**Il/La sottoscritto/a**

\_\_\_\_\_

Docente/collaboratore scolastico/ presso la Scuola

\_\_\_\_\_

Preso atto della Comunicazione interna n ..... del

**DICHIARA**

**LA PROPRIA DISPONIBILITÀ SU BASE VOLONTARIA E IN VIRTU’  
DI UN RAPPORTO FIDUCIARIO CON LA FAMIGLIA**

alla somministrazione del farmaco salvavita

\_\_\_\_\_

all'alunno/a: \_\_\_\_\_

secondo le indicazioni previste dal PIANO DAL PIP E DALLA DOCUMENTAZIONE  
AGLI ATTI DELLA SCUOLA

**D I C H I A R A, I N O L T R E, C H E**

1. Segnerà alla famiglia/alla direzione/ ogni problema che dovesse insorgere nel corso della terapia;
2. È a conoscenza delle modalità, stabilite per la somministrazione e che si atterrà ad esse scrupolosamente
3. Qualora verifichi l'insorgenza di situazioni descritte all'iterà immediatamente il 118, riservandosi di attenersi alle procedure di primo soccorso come da D.M. 388/03. e, in ordine, la famiglia e la D.S.
4. Essendo consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario in modalità volontaria, si solleva da ogni responsabilità civile, penale e patrimoniale derivante da tale intervento

Data

Firma