

**Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. "C. Alvaro - P. Megali"
di Melito di Porto Salvo(R.C.)**

Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico di farmaci;

Vista la richiesta delle famiglie (allegato1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

Considerato che il farmaco puo' essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Vista l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

Vista la dichiarazione formale delle famiglie a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitaria sul minore;

Si fornisce formale

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i nella certificazione medica allegata.

COGNOME E NOME	INDICARE SE DOCENTE O ATA	FIRMA PER DISPONIBILITA'

Il Dirigente Scolastico in data _____ autorizza il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica.

**Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Concetta Sinicropi)**