**Allegato 3**

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)