**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA AGLI STUDENTI (ALL.3)**

Al Dirigente Scolastico

del Liceo “G.Falcone e P. Borsellino” di Arese

Il/La sottosctitto/a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

facente parte del personale del Liceo “G.Falcone e P.Borsellino” in qualità di:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci del Liceo “G. Falcone e P. Borsellino”;

VISTO le Linee Guida del Ministero della Salute ed il MIUR del 2005

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico, MIUR, USR Lombardia, AUSL Rhodense

CONSIDERATO il consenso da parte dell'Ente da cui dipende

**DICHIARA**

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci agli studenti, secondo quanto previsto dal Protocollo di somministrazione dei farmaci presso il Liceo “G.Falcone e P.Borsellino” di Arese.

Arese, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_