**MODULO DI RILEVAZIONE DELLA DISPONIBILITA’, DA PARTE DEL PERSONALE, ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBIENTE SCOLASTICO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di:

[ ]  DOCENTE A TEMPO INDETERMINATO

[ ]  DOCENTE A TEMPO DETERMINATO

[ ]  ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

[ ]  ASSISTENTE TECNICO

[ ]  COLLABORATORE SCOLASTICO A TEMPO INDETERMINATO

[ ]  COLLABORATORE SCOLASTICO A TEMPO DETERMINATO

In relazione a quanto richiesto con circolare interna n. 25 dell’8 ottobre 2021, il sottoscritto

[ ]  ESPRIME

[ ]  NON ESPRIME

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci agli alunni in stato di bisogno ed eventualmente a frequentare un corso di formazione per la somministrazione di farmaci salvavita a cura dell’ASP competente, nonché il corso per l’uso del defibrillatore (BLSD).

**COMUNICA**

[ ]  DI AVERE GIA’ FREQUENTATO UN CORSO DI FORMAZIONE PER ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO E DI AVERE

CONSEGUITO IL RELATIVO ATTESTATO;

[ ]  DI NON AVER MAI FREQUENTATO UN CORSO DI FORMAZIONE PER ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO.

Mussomeli \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma