

**MODULO DISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO E/O GESTIONE DEI
DISPOSITIVI E/O PRESIDIO MEDICI**


Il/La sottoscritt__ cognome _____ nome _____,
Nat__ a _____ il _____ residente a _____
via _____ n° _____ prov. _____ tel. _____
In servizio presso l'I.S. Majorana di Palermo in qualità di _____, in relazione alla
richiesta di somministrazione del/i farmaco/i – dispositivo - presidio
_____ effettuata da (genitori/ esercente la responsabilità
genitoriale / maggiorenne) sig. _____ e sig. _____
di (nome e cognome dell'alunno) _____
frequentante l'I.S. Majorana di Palermo _____ sez./classe
_____ plesso _____ per (indicare la patologia) _____
_____ ed essendo consapevole che la famiglia ha sollevato la scuola da
qualunque responsabilità derivante la modalità di somministrazione degli stessi

si dichiara disponibile volontariamente

alla somministrazione, come da domanda della famiglia e da certificato medico nella
consapevolezza che il caso in questione rientra fra quelli previsti e che la somministrazione di tali
farmaci è ritenuta indispensabile in quanto salva vita.

Palermo, lì _____

Firma

	<p style="text-align: center;">DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p style="text-align: center;">MODULO DISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O PRESIDI MEDICI</p>	<p>Codice del documento: DR.6 PR.7.5.3 Data di emissione: 1.9.2021 N° di revisione: 00 Pagina 1 di 1</p>
---	---	--