



# ISTITUTO COMPRESIVO STATALE MARIA MONTESSORI

Scuola dell'Infanzia "F. Aporti" e "C. Collodi" – Scuola Primaria "S. D. Savio" e "M. Montessori"  
Scuola Secondaria di I gr. "F. M. Mirabella" e succ. "K. Wojtyla"

Viale Italia n. 9 – 91011 – Alcamo (Tp) – tel 092421906 – Fax 092426856  
C.F. 80004560811 – Sito web: [www.icmariamontessori.edu.it](http://www.icmariamontessori.edu.it)  
Email: [tpic81100q@istruzione.it](mailto:tpic81100q@istruzione.it) – Pec: [tpic81100q@pec.istruzione.it](mailto:tpic81100q@pec.istruzione.it)



## ALLEGATO B

### DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'Istituto Comprensivo MONTESSORI

Agli ATTI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, insegnante/ addetto del personale ATA dell'Istituto Comprensivo "MONTESSORI", in servizio nel plesso di Scuola \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_ (solo per il personale docente).

**VISTO** il protocollo per la somministrazione di farmaci a scuola dell'Istituto Comprensivo "Montessori" prot. 6842/U del 30.08.2023;

**VISTE** le linee Guida del Ministero della Salute ed il MIUR del 2005;

#### DICHIARA

di **essere/non essere disponibile** (cancellare la voce che non interessa) a somministrare in orario scolastico, per situazioni di emergenza, il farmaco indispensabile/salvavita all'alunno/a....., della classe....., della scuola....., secondo il piano di intervento depositato agli atti riservati della Scuola e previo incontro formativo/informativo con personale medico.

Dichiara di **essere/non essere** in possesso di formazione per "Primo soccorso" (cancellare la voce che non interessa)

Alcamo, \_\_\_\_\_

Firma

