Ministero dell'Istruzione e del merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA
ISTITUTO COMPRENSIVO DI SERGNANO "PRIMO LEVI"
VIA AL BINENGO, 38 - 26010SERGNANO (CR)
Codice Fiscale: 01223820190 Codice Meccanografico: CRIC80600N C.U. UF4VB8
e-mail: cric80600n@istruzione.it – **sito web:** www.icsergnanoprimolevi.edu.it

Allegato 5

Al Dirigente scolastico
Dell'Istituto Comprensivo "Primo Levi" di Sergnano

Oggetto: notifica di presa visione del PIANO DI ASSISTENZA per somministrazione farmaci all'alunno/a…… frequentante la Scuola……. di …….. classe/sezione/plesso……

I sottoscritti Docenti della classe……..e del plesso della Scuola ……. di …….e personale ATA

Dichiarano:

- di aver preso visione del PIANO DI ASSISTENZA per l'auto-somministrazione farmaci;

Firme per presa visione:

…… ……

…… ……

…… ……

- di aver preso visione del PIANO DI ASSISTENZA farmaci e danno la disponibilità alla somministrazione degli stessi all'alunno/a come da certificato medico e come da accordo sottoscritto dai genitori.

I farmaci sono custoditi ……..

Firme dei Docenti e personale ATA che danno la disponibilità per la somministrazione del farmaco:

…… ……

…… ……

…… ……

Firme dei docenti che hanno preso visione ma che non danno la disponibilità per la somministrazione del farmaco:

…… ……

…… ……

…… ……

Data, …….