MODULO 2

**Modulo di messa a Disposizione**

Al Dirigente Scolastico

dell’ Istituto Comprensivo

“Gerolamo Cardano” – Gallarate

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola dell’I.C. “G. Cardano”;

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

VISTO il “Protocollo d’intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardiaper la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico” n.19593 del 13/09/2017

CONSIDERATO il consenso da parte dell’Ente da cui dipende;

II/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di DOCENTE/ATA, plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo DETERMINATO/INDETERMINATO

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci agli ALUNNI

## Data ……………………………

Firma