***ALLEGATO 4b****-Modulistica per il personale scolastico – Disponibilità alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico*

**MODULO DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO/I**

Data …………..

**SI DICHIARANO disponibili** alla somministrazione del farmaco/terapia farmacologica secondo la richiesta della famiglia dell’alunno/a ……………………………...... frequentante la classe/sezione …………... della scuola ………………………………. nel plesso………………………… con allegata l’autorizzazione del Medico curante e il PIP, i **sottoscritti**

1. ……………………………………………………………………… nel ruolo di ………………….... Firma ……………………………………
2. ……………………………………………………………………… nel ruolo di ………………….... Firma ……………………………………
3. ……………………………………………………………………… nel ruolo di …………………....Firma ……………………………………
4. ……………………………………………………………………… nel ruolo di ………………….... Firma ……………………………………
5. ……………………………………………………………………… nel ruolo di ………………….... Firma ……………………………………
6. ……………………………………………………………………… nel ruolo di ………………….... Firma ……………………………………
7. ……………………………………………………………………… nel ruolo di ………………….... Firma ……………………………………
8. ……………………………………………………………………… nel ruolo di ………………….... Firma ……………………………………
9. ……………………………………………………………………… nel ruolo di ………………….... Firma ……………………………………
10. ……………………………………………………………………… nel ruolo di ………………….... Firma ……………………………………