*Allegato 3*



**M.I.U.R.**

**Ufficio Scolastico per la Lombardia**

Ufficio X - Ambito Territoriale di Bergamo

ISTITUTO COMPRENSIVO DI CLUSONE

Viale Roma 11 - c.a.p. 24023 CLUSONE - Prov. BERGAMO

**🕿** 0346/21023 – ** 0346/21023 - cod. mecc.: BGIC80600Q - C.F.: 90017480162

e-mail: bgic80600q@istruzione.it pec: bgic80600q@pec.istruzione.it

sito internet:[**www.icclusone.gov.it**](http://www.icclusone.gov.it)

*Prot. n.\_\_\_\_ Clusone,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Ai Docenti delle classi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Personale ATA

Del Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: ACQUISIZIONE DISPONIBILITA’ SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Con la presente si chiede al personale docente e ATA, preferibilmente individuato tra il personale che abbia seguito i corsi di Primo Soccorso e già nominato come Addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D.Lgs. n.° 81/2008 e D.M.388/03) e al quale è stata comunque garantita prioritariamente l’informazione e formazione specifica “in situazione” da parte del Medico curante,

**SI CHIEDE**

la disponibilità a somministrare, secondo le prescrizioni, modalità, orari e dosi definiti dal Medico curante il farmaco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

all’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I sottoscritti, consapevoli della legittimità del rifiuto a somministrare il farmaco suddetto, ma altresì

consapevoli dell’ obbligo di assistenza per tutte le situazioni che implicano un rischio di vita e che tale obbligo prescinde dalle competenze professionali o dal ruolo istituzionale svolto, dichiarano qui di seguito la loro disponibilità o non disponibilità alla prestazione in oggetto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMINATIVO DOCENTE** | **SONO DISPONIBILE** | **NON SONO DISPONIBILE** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMINATIVO PERS. ATA** | **SONO DISPONIBILE** | **NON SONO DISPONIBILE** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

La presente disponibilità deve essere restituita entro 3 gg. dalla consegna.

Cordiali saluti.

Il Dirigente

 *Carrara Andrea*