

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

Data .....

**SI DICHIARANO disponibili** alla vigilanza durante l'auto-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 ..... |     |       |    |