Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo

“***Manzoni – Dina e Clarenza***”

**OGGETTO: DISPONIBILITA’ / NON DISPONIBILITA’ PER L’ATTUAZIONE DI PROCEDURE ASSISTENZIALI E PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI - ALUNNO DIABETICO CLASSE IV A PLESSO ISTITUTO ANTONIANO**

 Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………………………………….

Docente/personale ATA ………………………………………………………………………………………………. in regolare attività di servizio nel plesso “***Istituto Antoniano***”

**DICHIARA**

□ La propria disponibilità/non disponibilità ad effettuare procedure assistenziali (controllo glicemico) nei confronti dell’alunno diabetico frequentante la classe IV Sez. A del plesso di Scuola Primaria “***Istituto Antoniano***” ;

□ La propria disponibilità/non disponibilità alla somministrazione del farmaco, come da P.I.T., depositato agli Atti della Scuola;

□ Non disponibilità ad effettuare entrambe le opzioni

□ Di avere/non avere conseguito l’attestato di Primo Soccorso, di cui al Decreto Legislativo 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni.

Messina, …………………………. FIRMA