

(Allegato 3 – Modulo di messa a Disposizione)

Al Dirigente Scolastico del Liceo Statale “G.V. Gravina”

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola del Liceo Statale  
“G.V. Gravina”;

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

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

CONSIDERATO il possesso e la validità delle competenze relative alla qualifica di Addetti alle  
misure di primo soccorso;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci agli alunni, secondo quanto previsto dal  
Protocollo di somministrazione dei farmaci a scuola del Liceo Statale “G.V. Gravina”.

Data .....

In fede \_\_\_\_\_