



IIS "VEN. IGNAZIO CAPIZZI" BRONTE

Liceo Classico - Liceo Artistico - Liceo Scientifico - IPSIA - IPSASR
CM: CTIS00900X

**Alla Dirigente Scolastica
del I.I.S.S. "Ven. I. Capizzi" -
Bronte**

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci studenti/esse

Il/La sottoscritto/a _____

Docente/ATA in servizio per l'A.S.2026/27 nel Plesso _____

- Docente formato primo soccorso SI NO
- ATA formato primo soccorso SI NO

considerata la richiesta dei genitori dello studente/ della studentessa della classe__

preso atto che, l'eventuale intervento di somministrazione di farmaco salvavita in caso di necessità, solleva da qualsiasi responsabilità penale e civile, poiché la somministrazione si configura come intervento necessario al supporto delle funzioni vitali;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta dai genitori.

Bronte,

Firma