

Alla cortese attenzione  
del Dirigente Scolastico  
I.C. "Galileo Galilei"  
Acireale

**Oggetto:** disponibilità somministrazione farmaci (circolare n. 27 del 26/09/2024)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di

- Insegnante
- Collaboratore scolastico
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

in servizio presso la Scuola

- Primaria "Ferretti"
- Secondaria "Galileo"

nell'A.S. 2024/2025, dopo aver preso visione della circolare n.20 del 20/09/2024

#### DICHIARO

- di essere disponibile alla somministrazione del farmaco salvavita in orario scolastico secondo le modalità indicate dalla circolare in oggetto;
- di non essere disponibile alla somministrazione del farmaco salvavita in orario scolastico secondo le modalità indicate dalla circolare in oggetto;

#### DICHIARO INOLTRE

- di aver seguito un corso di primo soccorso ai sensi del D.lgs 626/1994<sup>1</sup>
- di non aver seguito un corso di primo soccorso ai sensi del D.lgs 626/1994

Data

Acireale,

Firma

---

<sup>1</sup> La partecipazione al corso indicato non è vincolante ai fini della disponibilità alla somministrazione del farmaco, che rimane comunque volontaria.