

*MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO*

*UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO*

***Liceo Classico e Scientifico***

 *“DEMOCRITO*”

00124 ROMA *(RM)* VIALE PRASSILLA, 79 – *C.F. 97040180586*

*Tel 06121123816 -* *rmps65000q@istruzione.it* *-*  *rmps65000q@pec.istruzione.it*

**Adesione volontaria alla somministrazione del farmaco salvavita in ambito scolastico**

Il/la sottoscritto/a COGNOME e NOME, in servizio a tempo indeterminato/determinato per l’a.s. 202\_\_/202\_\_ presso il Liceo Classico e Scientifico “*Democrito*” di Roma

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico per i /il seguenti/e alunni/o:

1. Cognome nome classe
2. Cognome nome classe

Dichiara inoltre di aver preso parte al corso di formazione tenuto dagli operatori sanitari della ASL RM3 tenutosi presso il nostro istituto in data 2/09/2024.

Roma, GG/MM/AAAA

Firma