

Alla cortese attenzione
del Dirigente Scolastico
I.C. “Galileo Galilei” – Acireale

Oggetto: disponibilità somministrazione farmaci (circolare n. 72 del 20/10/2026)

Io sottoscritto/a _____ in qualità di

- Insegnante
- Collaboratore scolastico
- Altro (specificare) _____

in servizio presso la Scuola

- Infanzia “Ferretti”
- Primaria “Ferretti”
- Secondaria “Galileo”

nell’A.S. 2026/2027, dopo aver preso visione della circolare n.72 del 20/10/2026

DICHIARO

☐ di **ESSERE DISPONIBILE** alla somministrazione del farmaco salvavita in orario scolastico secondo le modalità indicate dalla circolare in oggetto per l’alunno/a (barrare)

- Sezione A Scuola dell’infanzia - alunna codice SIDI 22883718;
- classe 2A Scuola Primaria – alunna codice SIDI 20751812;
- classe 2C Scuola Primaria – alunna codice SIDI 20751831;
- classe 5A Scuola Primaria - alunno codice SIDI 18922794;
- classe 2B Scuola Secondaria – alunno codice SIDI 16315200;
- classe 1F Scuola Secondaria – alunno codice SIDI 17883692.

☐ 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 626/1994¹
- di non aver seguito un corso di primo soccorso ai sensi del D.lgs 626/1994

Acireale,

Firma

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