

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo  
"Manzoni – Dina e Clarenza"

**OGGETTO: DISPONIBILITA' / NON DISPONIBILITA' PER L'ATTUAZIONE DI PROCEDURE ASSISTENZIALI E PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI - ALUNNO DIABETICO CLASSE II PLESSO ISTITUTO ANTONIANO**

Il/La sottoscritto/a .....  
Docente/personale ATA ..... in regolare attività di servizio nel plesso "**Istituto Antoniano**"

**DICHIARA**

- La propria disponibilità/non disponibilità ad effettuare procedure assistenziali (controllo glicemico) nei confronti dell'alunno diabetico frequentante la classe II Sez. A del plesso di Scuola Primaria "**Istituto Antoniano**";
- La propria disponibilità/non disponibilità alla somministrazione del farmaco, come da P.I.T., depositato agli Atti della Scuola;
- Non disponibilità ad effettuare entrambe le opzioni
- Di avere/non avere conseguito l'attestato di Primo Soccorso, di cui al Decreto Legislativo 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni.

Messina, .....

FIRMA