

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**  
**DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER IL PERSONALE VOLONTARIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

dipendente dell'Istituto di Cultura e di Lingue Marcelline di Via Quadronno 15, Milano

dichiara

- di offrire liberamente la propria collaborazione di volontariato per la somministrazione di farmaci a scuola ad allievi/e nei casi di continuità terapeutica e/o di emergenza
- avere ben compreso le Istruzioni per la somministrazione di farmaci a scuola e di rispettarle in ogni dettaglio, attenendosi scrupolosamente alle prescrizioni del medico allegate al farmaco da somministrare
- di garantire la protezione dei dati personali di cui verrà a conoscenza (come da art. 13 GDPR 679/2016 e successivi adeguamenti) nello svolgimento di tale attività di volontariato.

**Firma per consenso** \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre

- di essere in possesso dell'attestato di partecipazione al corso di Primo Soccorso ai sensi del DL n.626/94 o ad apposite attività di formazione promosse dagli Uffici Scolastici Regionali.

**Firma** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_