



Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE I DARFO**  
**VIA GHISLANDI, 24 - 25047 DARFO BOARIO TERME (BS)**  
Cod. Meccanografico BSIC858001 - Cod. Fiscale 90015430177 - Tel. 0364 531315 - 0364 531153  
pec: bsic858001@pec.istruzione.it e-mail: bsic858001@istruzione.it sito web: www.icdarfo1.edu.it

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO dell'IC DARFO1**

**AUTODICHIARAZIONE FORMAZIONE E DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI**

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

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

nato/a a \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di Docente/ Ata (barrare la parte che non interessa)

consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

- di **aver frequentato** il corso di formazione di Primo Soccorso e/o il corso in situazione indispensabile per la somministrazione dei farmaci a scuola ai sensi del D.Lgs 81/08 e del DM 388/03<sup>1</sup> e
- si rende disponibile** alla somministrazione
- non si rende disponibile** alla somministrazione
  
- di **non aver frequentato** il corso di formazione di Primo Soccorso e/o in situazione indispensabile per la somministrazione dei farmaci a scuola ai sensi del D.Lgs 81/08 e del DM 388/03

L'Amministrazione effettuerà comunque, in ultima analisi, controllo interno sulla frequenza/ non frequenza al corso sudetto.

Lì \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Il personale in servizio dal corrente a.s. allega alla presente attestato di partecipazione.