



CONVITTO NAZIONALE STATALE "VITTORIO EMANUELE II" CAGLIARI

CONVITTO – SEMICONVITTO - SCUOLA PRIMARIA – SCUOLA SEC. I GRADO – SCUOLA SEC. I GRADO AD INDIRIZZO MUSICALE
LICEO CLASSICO – LICEO CLASSICO EUROPEO – LICEO CLASSICO IN CONVENZIONE CON IL CONSERVATORIO
LICEO SCIENTIFICO SPORTIVO – LICEO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE CON LINGUA CINESE
SEDE CENTRALE SEGRETERIA: VIA PINTUS S.N. LOC. TERRAMAINI 09134 PIRRI (CA) TEL. 070 500675
SEDE STORICA: VIA MANNO, 14 – 09124 CAGLIARI
C.F. CONVITTO 80004010924 – C.F. SCUOLE ANNESSE 92107580927 - COD. MECC. CAVC010001
www.convittocagliari.gov.it - CAVC010001@istruzione.it



Circ. N. 274

Cagliari, 11 febbraio 2021

Ai Docenti ed Educatori
Al personale ATA
Al Sito WEB
SEDE via Pintus

Oggetto: richiesta disponibilità alla somministrazione farmaci salvavita.

Con la presente si chiede al personale in indirizzo di dichiarare la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci all'alunno della Scuola Primaria che frequenta il nostro Istituto nella sede di via Pintus, per il quale è previsto specifico Protocollo Sanitario.

Per tali pratiche è preferibile che si renda disponibile il personale che ha seguito corsi di Primo Soccorso ai sensi del D.Lgs 81/2008 .

Si puntualizza che non è richiesta una competenza sanitaria specifica ma si tratta di azioni di Primo Soccorso. La dichiarazione di disponibilità dovrà essere comunicata entro **venerdì 19 febbraio p.v** inviando l'apposito allegato all'attenzione del Responsabile della Sicurezza all'indirizzo CAVC010001@istruzione.it

IL RETTORE

DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Paolo Rossetti

Firma autografa sostituita dall'indicazione
a stampa ai sensi de D.lgs 39/1993 art. 3 co.2

**DISPONIBILITA' DEL PERSONALE SCOLASTICO E ALTRO PERSONALE INCARICATO
DELLA SCUOLA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA
ANNO SCOLASTICO 2020/2021**

Al Dirigente Scolastico
Convitto Nazionale "V.Emanuele II"
Cagliari

Il/la sottoscritto/a _____ nato a

_____ il _____ e in servizio presso il Convitto Nazionale "V.Emanuele II di Cagliari"

in qualità di

- Docente
- Educatore
- Collaboratore scolastico
- Assistente amministrativo

DICHIARA

su base volontaria

di essere disponibile a somministrare il farmaco salvavita all'alunno individuato dal Protocollo Sanitario nei casi previsti dal certificato medico.

ORARIO DI SERVIZIO

LUNEDI _____

'MARTEDI _____

'MERCOLEDI' _____

GIOVEDI' _____

VENERDI' _____

Cagliari, _____

firma
