



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO STATALE "DEMOCRITO"
CLASSICO e SCIENTIFICO

Viale Prassilla, 79 - 00124 Roma ☎ 06/121123822 – Distretto XXI
e-mail istituzionale: rmgs65000q@istruzione.it - PEC: rmgs65000q@pec.istruzione.it
indirizzo internet: www.liceodemocrito.edu.it
Cod. Fisc. 97040180586 - Cod. Mecc. RMPS65000Q
Succursale: Largo Theodor Herzl, 51 - 00124 Roma tel. 06/121125065

Al Personale scolastico

Al DSGA

all'Albo on-line

al sito web sez. circolari

Circolare n.14

Oggetto: Modulo per l'adesione volontaria alla somministrazione del farmaco salvavita in ambito scolastico

A rettifica della Circolare n.13, si allega il Modulo per l'adesione volontaria alla somministrazione del farmaco salvavita in ambito scolastico.

Roma, 16/09/2026

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Giuseppe Desideri



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

LICEO STATALE "DEMOCRITO"

CLASSICO e SCIENTIFICO

Viale Prassilla, 79 - 00124 Roma ☎ 06/121123822 – Distretto XXI

e-mail istituzionale: rmgs65000q@istruzione.it - PEC: rmgs65000q@pec.istruzione.it

indirizzo internet: www.liceodemocrito.edu.it

Cod. Fisc. 97040180586 - Cod. Mecc. RMPS65000Q

Succursale: Largo Theodor Herzl, 51 - 00124 Roma tel. 06/121125065

Adesione volontaria alla somministrazione del farmaco salvavita in ambito scolastico

Il/la sottoscritto/a _____, in servizio per l'a.s.
2025/2026 presso il Liceo Classico e Scientifico "Democrito" di Roma

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico per i /il
seguenti/e alunni/o:

1. Cognome nome classe _____
2. Cognome nome classe _____
3. Cognome nome classe _____
4. Cognome nome classe _____
5. Cognome nome classe _____
6. Cognome nome classe _____
7. Cognome nome classe _____
8. Cognome nome classe _____
9. Cognome nome classe _____
10. Cognome nome classe _____
11. Cognome nome classe _____

Dichiara inoltre di aver preso parte al corso di formazione tenuto dagli operatori sanitari della ASL
RM3 tenutosi presso il nostro istituto in data 14/09/2026.

Roma, _____

FIRMA _____