MODULO N. 3

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo Spinetoli-Monsampolo del Tronto-Acquaviva Picena

DISPONIBILITÀ DOCENTI/ATA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO

I sottoscritti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | Docente/ATA | FIRMA del personale scolastico |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

SI DICHIARA/NO DISPONIBILE/I A SOMMINISTRARE

il farmaco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ all’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevoli di essere sollevato/i da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento e che l'operazione viene svolta da personale non sanitario

Luogo e Data ................................ il ........................