Al Dirigente Scolastico

IC “Manzoni-Augruso”

Disponibilità per la somministrazione farmaco salvavita ADRENALINA intramuscolo per alunni G.G. (plesso Manzoni) e A.S. (plesso Pietà).

Il sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………

In servizio presso la scuola IC Manzoni-Augruso in qualità di …………………………………………………………………………………………

Se docente, indicare l’Ordine di scuola, la Classe e il Plesso

…………………………………………………………………………………………………………

Dichiara la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco in oggetto in situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Luogo e data Firma

…………………………/…………………… ………………………………….