Modulo di disponibilità del personale scolastico alla vigilanza durante l’autosomministrazione o alla somministrazione della terapia farmacologica.

I sottoscritti

………………………………………………… nel ruolo di……………………………………….

Firma …………………………………

………………………………………………… nel ruolo di……………………………………….

Firma …………………………………

………………………………………………… nel ruolo di……………………………………….

Firma …………………………………

………………………………………………… nel ruolo di……………………………………….

Firma …………………………………

………………………………………………… nel ruolo di……………………………………….

Firma …………………………………

Si dichiarano disponibili alla vigilanza durante l’auto-somministrazione/alla somministrazione della

terapia farmacologica secondo la richiesta della famiglia dell’alunno ………………………………..

frequentante la classe/sez. della scuola……………..nel plesso………………………………..con

allegata l’autorizzazione del medico curante.

Firma

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_