

MODULO N. 4

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "F.lli Mercantini"
FOSSOMBRONE (PU)

**MESSA A DISPOSIZIONE DOCENTI/ATA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO IN
ORARIO SCOLASTICO**

_____ sottoscritto/a _____

docente/ATA presso codesto Istituto Comprensivo "F.lli Mercantini" Fossombrone (PU), plesso di

_____ nato _____ a

_____ il _____

residente a _____ in via

SI DICHIARA DISPONIBILE A SOMMINISTRARE,

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

il _____ farmaco _____

all'alunno _____ frequentante la classe

_____ della Scuola _____

Luogo e Data il

Firma