

Allegato 4

Modulo di disponibilità del personale scolastico alla vigilanza durante l'autosomministrazione o alla somministrazione della terapia farmacologia

I sottoscritti 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 della scuolanel plesso..... con allegata l'autorizzazione del Medico curante.

Data