

Oggetto: **DISPONIBILITÀ A SOMMINISTRARE FARMACI A SCUOLA**

Il sottoscritto _____, in qualità di

DOCENTE a T.I. DOCENTE a T.D.

su cattedra _____ (indicare la disciplina di insegnamento)

ATA a T.I. ATA a T.D.

come _____ (indicare se amministrativo, tecnico, collaboratore)

dopo aver letto attentamente il protocollo d'intesa tra Ufficio Scolastico Provinciale e Aziende Ulss della provincia di Venezia in materia di somministrazione di farmaci a scuola, con la presente

DICHIARA

di essere disponibile a somministrare farmaci salvavita secondo le modalità che gli verranno illustrate.

Dolo, _____

FIRMA
