

ALL.N.4 MODULO DI DISPONIBILITA'
AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL POLO TECNICO PROFESSIONALE
RIGHI-BOCCIONI FERMI

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a, docente a tempo indeterminato di.....

presso Codesto Istituto sede.....,

visto il Protocollo di Somministrazione dei farmaci a scuola per l'anno scolastico.....

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci agli studenti, secondo quanto
previsto dallo stesso **P**rotocollo.

Data.....

FIRMA