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