Allegato A/1

VERIFICA DISPONIBILITÀ PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che nell’Istituto è presente un allievo affetto da patologia necessitante della somministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Il personale scolastico, in particolare chi abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 626/94, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personale disponibile alla somministrazione** | | |
| **Nome e cognome** | **Ruolo** | **Firma** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Il Dirigente Scolastico Prof.ssa Antonella Gravina

*Firma autografa omessa ai sensi dell’art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*