

**MODULO DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO/I**

Data

SI DICHIARANO disponibili alla somministrazione del farmaco/terapia farmacologica secondo la richiesta della famiglia dell'alunno/a frequentante la classe/sezione della scuola nel plesso..... con allegata l'autorizzazione del Medico curante e il PIP, i **sottoscritti**

- | | | | | |
|-----|-------------------|-----|-------|----|
| 1) | | nel | ruolo | di |
| | Firma | | | |
| 2) | | nel | ruolo | di |
| | Firma | | | |
| 3) | | nel | ruolo | di |
| |Firma | | | |
| 4) | | nel | ruolo | di |
| | Firma | | | |
| 5) | | nel | ruolo | di |
| | Firma | | | |
| 6) | | nel | ruolo | di |
| | Firma | | | |
| 7) | | nel | ruolo | di |
| | Firma | | | |
| 8) | | nel | ruolo | di |
| | Firma | | | |
| 9) | | nel | ruolo | di |
| | Firma | | | |
| 10) | | nel | ruolo | di |
| | Firma | | | |