

Allegato 3

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO

Il/La Sottoscritto/a _____ docente/ addetto
del personale ATA del Liceo Artistico Statale "Michelangelo Buonarroti" di Latina,

- o presso la sede di Via caio Giulio Cesare 20
- o presso la sede di Via XXIV maggio

(per il personale) delle classi _____, dichiara la propria disponibilità a somministrare
in orario scolastico, farmaco indispensabile e/o salvavita all'alunno/a
_____ della classe _____ della scuola
_____ affetto/a da _____
_____ come da certificazione medica già
consegnata in segreteria, secondo il piano di intervento stabilito.

Luogo, data

Firma del docente/ATA

