Allegato 4

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

A seguito della richiesta inoltrata presso la Direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ...............................................................................................................................................

per il/la figlio/a ..................................................................................................................................., frequentante la classe\_\_\_sez.\_\_\_ scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

relativa alla somministrazione di farmaci**,** il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

1. ...............................................................................................................................................

2. ...............................................................................................................................................

3. ...............................................................................................................................................

4. ...............................................................................................................................................

5. ...............................................................................................................................................

6. ...............................................................................................................................................

7. ...............................................................................................................................................

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |
| --- |
| Personale Docente: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Personale ATA: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Casali del Manco lì , .......................