

Allegato 5

Prot.n.

Ai Docenti della classe _____
Scuola _____

Ai Collaboratori Scolastici
Scuola _____

Oggetto: Richiesta disponibilità somministrazione farmaci salvavita

Si richiede ai Docenti di classe _____ e ai Collaboratori scolastici in servizio presso la Scuola di _____ la disponibilità o meno, per la somministrazione del farmaco dell'alunno classe _____

DOCENTI

Nome/Cognome	Firma	Si	No

COLLABORATORI SCOLASTICI

Nome/Cognome	Firma	Si	No

Si ricorda che essendo farmaci salvavita comunque troverà applicazione l'art. 593 c.p. in caso di omissione di soccorso.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Paola Pizzeghello