

**VERIFICA DISPONIBILITA’ PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

Ai docenti della classe ……………………..

Alla responsabile di plesso Sc. …………………

Al Personle ATA

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

Il personale disponibile, fermo restando che per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell’incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

|  |  |
| --- | --- |
| Il Personale disponibile alla somministrazione | |
| Nome e cognome | (firma): |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Il Dirigente scolastico

*Prof.ssa Lea Celano*