

Modulo 04

**Dichiarazione di NON disponibilità alla somministrazione del farmaco
salvavita**

**(da compilare a cura del personale che non si rende disponibile alla
somministrazione del farmaco)**

AI DS

IIS "Vittorio Veneto"

Città della Vittoria

Il/la sottoscritto/a (nome e COGNOME) _____ in servizio presso
_____ in qualità di _____

NON SONO DISPONIBILE

alla somministrazione del farmaco salvavita di cui necessita l'alunno/a _____ della
classe _____ frequentante il plesso _____.

Ho preso visione del Piano di assistenza dell'alunno/a e sono consapevole della necessità di
attivare prontamente la somministrazione contattando il personale che si è reso disponibile
qualora ci fosse la necessità.

Vittorio Veneto, _____

Firma
