Al Dirigente Scolastico

del Liceo Scientifico “L. Pasteur”

Dott. Flavio Di Silvestre

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di (docente, personale ATA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in considerazione del fatto che nell’Istituto sono presenti studenti affetti da patologie necessitanti, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita, dichiara la propria disponibilità alla somministrazione. Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, mi impegno ad effettuare una apposita “formazione in situazione” organizzata dalla scuola.

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_