Al Dirigente Scolastico del Circolo Didattico “don Giuseppe Puglisi”
Prof. Vincenzo Martorano

Oggetto: Disponibilità alla somministrazione del farmaco antiepilettico MICROPAN in ambito e orario scolastico

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____ in qualità di _____ in servizio presso il Plesso Rodari

CONFERMA

la propria disponibilità a somministrare per l’anno scolastico 2021/2022 all’alunno interessato, del quale riceverà successivamente nome cognome e ogni ulteriore notizia utile, frequentante la classe 2 sezione E, il farmaco in oggetto in ambito e in orario scolastico, e nei casi in cui detta somministrazione dovesse essere necessaria, previo percorso di informazione e formazione in collaborazione con l’ASL competente.

Cerignola,

Firma

_____