ISTITUTO COMPRENSIVO *MARCO POLO*
Via Luigi Fabbri, 1 - 60044 **FABRIANO** (AN)
Tel. 0732 21971 Fax 0732 4797 C.F. 90016680424
sito web: ***icmpolo.edu.it*** e-mail: ***anic84600e@istruzione.it*** PEC: ***anic84600e@pec.istruzione.it***

Prot. come da segnatura data, vedi segnatura

- Ai docenti della classe _____
  del plesso_____
- Ai collaboratori scolastici

VERIFICA DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA

In considerazione del fatto che all'interno della classe _____ sez _____ della scuola _____ nell'a.s. 2026-2027 è presente un alunno affetto da patologia necessitante, in tempi rapidi, della somministrazione del farmaco, si chiede a tutti i docenti del Consiglio di classe la propria disponibilità alla somministrazione.
Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente richiedere alla ASUR di competenza di effettuare una apposita "formazione in situazione". Il personale disponibile, fermo restando che per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, comunicherà la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue:

Docenti	
Nome e cognome	Firma

ATA	
Nome e cognome	Firma

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Patrizia Leoni
firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.Lgs. 39/93