Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo IV Udine
Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE

I/le docenti e i/le collaboratori/trici scolastici/che sotto elencati, facendo seguito alla comunicazione del Dirigente Scolastico (prot. n. _____ del ___ / ___ /202__), esprimono la propria disponibilità a somministrare / assistere alla somministrazione del farmaco indispensabile / salvavita dell'alunno/a _____ (iniziali) della sezione/classe _____ della scuola _____ plesso _____ secondo le istruzioni che saranno loro impartite nel corso di apposita riunione.

COGNOME E NOME	RUOLO	FIRMA

Udine, _____