

**Modulo 4 ( a Cura del Coordinatore )**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in qualità di Coordinatore /docente di sezione Classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ordine scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega l’elenco dei docenti su base volontaria disponibili alla somministrazione del farmaco richiesto dalla famiglia e dal medico curante

|  |  |
| --- | --- |
| **Docente ( Nome e Cognome )** | **Firma attestante la disponibilità alla somministrazione** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Allega altresi l’elenco dei docenti **dell’intero consiglio di classe** per presa visione del protocollo

( disponibili e indisponibili alla somministrazione )

***L’elenco va consegnato indipendentemente da quello attestante la disponibilità entro 3 giorni dall’acquisizione del protocollo da parte della segreteria***

|  |  |
| --- | --- |
| **Docente ( Nome e Cognome )** | **Firma attestante la presa visione del protocollo** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Il Coordinatore

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