



Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo _____

DICHIARA

nel rispetto della Delibera Regionale, che il farmaco indicato/ prescritto nell'allegato: 1 -1bis /3
per

l'alunno:

a) è conservato/custodito nel locale _____

identificato _____

sito al piano _____

b) è conservato/custodito nel frigorifero presente nel locale _____

sito al piano _____

Data _____

Firma _____