

Al Dirigente Scolastico I C N°12 Borgo Faiti

Oggetto : Disponibilità a somministrare farmaci salvavita

__l__ sottoscritto/a _____

In servizio al plesso _____

In qualità di _____

DICHIARA

di essere disponibile a somministrare farmaci salvavita.

Latina, li _____

Firma
