



Regione
Lombardia

ASL Lecco

Attestazione di addestramento

Il/La sottoscritto/a.....

con la qualifica di

dipendente ASL presso

dichiara

di aver informato e addestrato riguardo alla somministrazione di

per il farmaco/la patologia.....

gli operatori scolastici delegati :

- nato a il

- nato a il

- nato a il

- nato a il

- nato a il

dell'Istituto.....

....., li .../...../.....

Firma dell'operatore sanitario

.....

Firma del personale scolastico

.....

.....

.....