



## ISTITUTO COMPRENSIVO CASTEL FRENTANO



Viale Cavalieri di Vittorio Veneto, 1 – 66032 Castel Frentano (CH)

C.F. 90015770697 - Tel. 0872 559108 - Cod. Mec. chic81400n

Email: [chic81400n@istruzione.it](mailto:chic81400n@istruzione.it) - PEC: [chic81400n@pec.istruzione.it](mailto:chic81400n@pec.istruzione.it)

Circ. 134

Castel Frentano, 20/03/2025

Al Personale Docente, Educativo e ATA  
Istituto Comprensivo Castel Frentano  
agli Atti – al Sito – al R.E.

**Oggetto: Disponibilità per adesione al Corso di Formazione “somministrazione dei farmaci a scuola in orario scolastico”.**

Con la presente si richiede alle SS.LL. la disponibilità all’ adesione del Corso di Formazione, **“Somministrazione dei farmaci a scuola in orario scolastico”, in modalità On Line dalle ore 16:15 alle ore 17:15.**

Sarà cura della scrivente comunicare la data e il link del corso in oggetto per la partecipazione.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Mirella Spinelli

Firma autografa omessa ai sensi dell’art. 3 D.Lvo 39/93



**DA RICONSEGNARE IN SEGRETERIA ENTRO LUNEDI’ 24 MARZO 2025**

-----  
\_ IL \_ La sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto  
Comprensivo in qualità di

- Docente
- Ata

comunica la propria

- ADESIONE
- NON ADESIONE

Al corso di formazione **“somministrazione dei farmaci a scuola in orario scolastico”.**

**FIRMA**