

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a..... personale ATA/Docente/Educativo dell' Istituzione scolastica presso la sede di....., considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....della classe..... dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Firma

.....