

Allegato 6

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"S. Alfonso Maria Dé Liguori" di Pagani

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La/Il sottoscritta/o docente/personale ATA....., in servizio presso il

Plesso dell'Istituto Comprensivo "S. Alfonso Maria Dè Liguori",

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno classe sez.

dichiara

la propria disponibilità/indisponibilità (cancellare voce che non interessa) alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data

FIRMA
