

Alla Dirigente Scolastica
dell'I.C. ALTO CASENTINO

OGGETTO: **DISPONIBILITÀ PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI ALUNNI**

Il /la sottoscritto/a personale ATA/Docente dell'I.C. ALTO
CASENTINO 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

.....