

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Casteldaccia

Oggetto: **Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il /la sottoscritto/a..... personale ATA/Docente

dell'I.C Casteldaccia 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

.....