

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C.Casteldaccia

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/lasottoscritto/apersonale ATA/Docente

dell'I.C Casteldaccia presso la sede di.....,

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a.....

della classe....., dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci

secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Firma

.....