

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico
dell' IC VERGA
di PONTINIA

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a..... docente / personale ATA dell'I.C VERGA presso
il plessoconsiderata 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

.....,