

Allegato 4

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
di
CROSIA

=====

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta..... docente della classe

presso il Plesso.....dell'Istituto Comprensivo Statale di Crosia,

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 e nel pieno rispetto delle Linee guida e del Protocollo adottato a scuola.

Data

FIRMA
