

**Allegato 5**

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico

.....

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta docente della classe .....

presso il Plesso ..... dell'Istituto Comprensivo .....,

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.

Data

FIRMA