

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "F. Meloni"

Oggetto: disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

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

Dell'I.C. "Fernando Meloni" 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

.....