Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico dell'ITIS “ Conte Milano”

Polistena (RC)

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta docente della classe …………….................……………………….

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_