Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo

"Salvatore Quasimodo"

AGRIGENTO

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

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

presso il Plesso…….....……dell'Istituto Comprensivo Quasimodo di Agrigento,

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