Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Karol Wojtyla"

 Isola di Capo Rizzuto

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

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

presso il Plesso………….....………………………………dell’Istituto Comprensivo Karol Wojtyla di Isola di Capo Rizzuto 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

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