



ALLEGATO 4

Luogo e data _____

Prot: _____/_____

Ai: docenti Classe _____

Collaboratori Scolastici _____

OGGETTO RICHIESTA DISPONIBILITÀ SOMMINISTRAZIONE FARMACO AD ALUNNO/A

Si richiede ai docenti e collaboratori scolastici in servizio presso la Scuola _____ di _____ la disponibilità o meno, alla somministrazione del farmaco dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

Docenti

Nome/Cognome	Firma	Si	No

Collaboratori Scolastici

Nome/Cognome	Firma	Si	No

DIRIGENTE SCOLASTICO

Marta Beatrice Rota



Prot: _____/_____

Ai: Prof.ssi Classe _____

Collaboratori Scolastici

e.p.c.

Coordinatore di Classe _____

Genitori di _____

OGGETTO: _____ **AUTORIZZAZIONE** _____ **SOMMINISTRAZIONE** _____ **FARMACO** _____
ALUNNO/A _____ **SCUOLA** _____ **CL** _____

Vista la richiesta dei genitori di _____ della
scuola _____ classe _____ presentata in
data _____;

Vista la richiesta di disponibilità indirizzata dal sottoscritto ai docenti e collaboratori scolastici:

Vista la disponibilità alla somministrazione del farmaco, comunicata dai docenti e collaboratori scolastici:

Docenti:

Collaboratori Scolastici:

in data _____

Individua

I docenti e i collaboratori scolastici suddetti ad effettuare la somministrazione del farmaco

DIRIGENTE SCOLASTICO

Marta Beatrice Rota