

**Allegato 5**

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
Diamante

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta docente della classe .....

presso il Plesso ..... dell'Istituto Comprensivo di Diamante,

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.

Diamante,

FIRMA