

Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente scolastico

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta docente della classe

presso il Plessodell'Istituto Comprensivo Cassano Magnago II,

considerata la richiesta dei genitori dell'alunnodella classe.....

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nelle
documentazione medica prodotta.

Data

Firma
