



Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C di Cantù 2

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a _____ docente / personale
ATA dell'I.C di Cantù 2 plesso _____, 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.

Cantù, _____

FIRMA