

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. GIOVANNI XXIII – DE AMICIS
TRIGGIANO

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci

Il/La sottoscritto/a personale ATA/ Docente/ Educativo
dell'I.C. Giovanni XXIII – De Amicis presso la sede di..... considerata la richiesta dei
genitori dell'alunno..... della classe/sezione..... dichiara/ non
dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella
documentazione medica prodotta.

FIRMA