# Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico dell’I.T.C. – “E. De Nicola”

# San Giovanni La Punta

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta …………….................………………………., collaboratrice scolastica, in servizio presso

L’I.T.C. – “E. De Nicola” di San Giovanni La Punta.

considerata la richiesta dei genitori dell’alunna …………………………………………………… della classe…………

dichiara

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

Data FIRMA