

Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto comprensivo
Poggiali Spizzichino- Roma

Oggetto: Disponibilità docente per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente della classe, in servizio
presso il Plesso.....dell'Istituto Comprensivo Poggiali Spizzichino di Roma,
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 dalla famiglia.

Roma, lì

FIRMA