

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Barzanò
Via Leonardo da Vinci, 22
23891 Barzanò (LC)

OGGETTO: Disponibilità alla somministrazione dei farmaci a scuola

Con riferimento all'alunno/a _____

iscritto nell'anno scolastico _____ alla classe ____ sez. ____

- della scuola dell'infanzia,
- della scuola primaria del Comune di _____,
- della scuola secondaria di I grado,

i sottoelencati firmatari, in qualità di personale docente/ata impiegati nel medesimo plesso,

D I C H I A R A N O

la propria disponibilità a somministrare il/i farmaco/i richiesti dalla famiglia dell'alunno suddetto, secondo le prescrizioni del Piano Terapeutico allegato alla presente.

Data _____

Cognome/Nome	Qualifica	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Riservato alla segreteria

Protocollo

Visto,

si autorizza

non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Viviana Patricelli