

Allegato E

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto _____

Comunicazione riservata

OGGETTO: disponibilità per la somministrazione farmaco _____ ad alunno
_____ (nome e cognome dell'alunno)

Plesso _____ (indicare ordine di scuola e sede, se la tipologia
di scuola è presente in più sedi)

Il sottoscritto/a

.....

In servizio presso.....

in qualità di

Se docente, indicare l'Ordine di scuola, la Classe e il Plesso

.....

Dichiara la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco

.....per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella
documentazione medica prodotta.

Luogo e data

...../.....

Firma

.....

