

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

.....