

Oggetto: disponibilità per la somministrazione del farmaco

Il/la sottoscritto/a

docente

collaboratore scolastico

del XII Circolo Didattico "G.Leopardi" presso la sede

Considerata la richiesta di somministrazione del farmaco da parte dei genitori dell'alunno.....

..... della classe/sezione.....

Dichiara di

dare

non dare

La propria disponibilità alla somministrazione del farmaco, da somministrare in situazione d'emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data.....

Firma.....