

ISTITUTO COMPRENSIVO
“LUIGI DENZA – C.MARE 4”
80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d’Orto

Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico dell’IC “Denza-C.Mare 4”
di Castellammare di Stabia

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/adocente / personale
ATA
del IC “Denza-C.Mare 4”, 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.

Il/i farmaci descritto/i nell’allegato 2 verranno costuditi, secondo le indicazioni mediche, nel
seguito luogo.....

FIRMA

Castellammare di Stabia, data_____