

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Carducci – Fattori
Rosignano M.mo

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni a.s. 2021/22

Il /la sottoscritto/a..... personale ATA/Docente dell'Istituto
comprensivo Carducci-Fattori presso la sede di....., 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.

Firma

.....