

Oggetto: **Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a Docente/Collaboratore _____

in servizio per l'A.S. _____ / _____ nel Plesso _____

considerata la richiesta dei genitori di somministrazione farmaci in orario scolastico

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e le disposizioni previste dalle Linee Guida Ministeriali del 25/11/2005 e dalla C.M. n. 321 del 10/01/2017.

Agira, _____

Firma
