**Modulo 6 – Disponibilità del Personale Scolastico alla somministrazione dei farmaci a scuola**

Al Dirigente Scolastico

dell'I.OC. “P. G. Castelli”

di Carpino (FG)

Oggetto: **Disponibilità per la somministrazione dei farmaci a scuola per alunni/studenti**

Il /la sottoscritto/a………………………………………………

□ personale ATA

□ personale Docente

dell'I.OC. “P. G. Castelli” presso il Plesso……………………………………….,

considerata la richiesta dei genitori dell’alunno/studente ….....................................…………………

della classe/sezione ………….….……… dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei

farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Firma

……….…………………………