Al Dirigente Scolastico

dell'IIS “P.LETO”

Teggiano –SA-

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

Il /la sottoscritto/a……………………………………………… personale ATA/Docente dell'IIS “P.LETO presso la sede di………………………………………., considerata la richiesta dei genitori dell’alunno/a….....................................…………della classe………….….……… dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data Firma

……….………………………… ……….…………………………