

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a _____, insegnante/addetto del personale ATA
dell'Istituto Comprensivo Porto Torres 1, plesso _____, classe _____ (per il
personale docente), nato/a a _____ il _____ residente a
_____ Via _____ n. _____ Tel. _____

In relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i farmaci _____
presentata da genitore/esercente la responsabilità genitoriale:

Sig. _____ Sig.ra _____

di (Cognome e Nome alunno/a) _____

frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

come da domanda della famiglia e da certificato medico, nella consapevolezza che il farmaco in
questione sia indispensabile per la frequenza scolastica dell'alunno/a

DICHIARA

- la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco in orario scolastico;
 di non rendersi disponibile alla somministrazione del farmaco in orario scolastico.

Porto Torres, _____

Firma _____