



Allegato 4

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Baracchini
Bagnone – Villafranca in Lunigiana

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a..... personale ATA/Docente

dell'I.C. Baracchini 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

.....