

**Allegato 4**

**Disponibilità a somministrare i farmaci**

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta-----, docente della classe .....  
e/o ..... , personale ATA, in servizio  
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.

Data

FIRMA