



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

Il Sottoscritto.....,

☐ Insegnante; ☐ Personale ATA;

dell'Istituto Comprensivo A.Manzoni (Ravanusa)

Scuola: ☐ Primaria ; ☐ Secondaria di primo grado; ☐ Scuola dell'infanzia;

, plesso:.....classe:.....Sezione:.....

Dichiara la propria disponibilità a somministrare in orario scolastico, il farmaco
indispensabile/salvavita all'alunno/a.....,

della classe....., della scuola.....,Plesso:.....

affetto/a da....., come da certificazione medica consegnata.

Il Dirigente Scolastico
Marilena Giglia

Documento informatico firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate
il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa