

**Disponibilità a somministrare i farmaci**

Al Dirigente Scolastico  
dell'IIS Ciuffelli-Einaudi  
TODI

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

La sottoscritta docente della classe .....

presso la sede .....dell'IIS Ciuffelli-Einaudi,

- considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....della classe.....

- considerata la formazione ricevuta il ..... riguardante .....

**dichiara**

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data, .....

FIRMA