

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 sededell'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