

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Nord Prato

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

Il/la sottoscritto/a..... personale ATA/Docente dell'IC Nord 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

.....