

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo di Barzanò  
Via Leonardo da Vinci, 22  
23891 Barzanò (LC)

**OGGETTO: Disponibilità alla somministrazione dei farmaci a scuola**

Con riferimento all'alunno/a \_\_\_\_\_

iscritto nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ alla classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_

- della scuola dell'infanzia,
- della scuola primaria del Comune di \_\_\_\_\_,
- della scuola secondaria di I grado,

i sottoelencati firmatari, in qualità di personale docente/ata impiegati nel medesimo plesso,

**D I C H I A R A N O**

la propria disponibilità a somministrare il/i farmaco/i richiesti dalla famiglia dell'alunno suddetto, secondo le prescrizioni del Piano Terapeutico allegato alla presente.

Data \_\_\_\_\_

Cognome/Nome	Qualifica	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

---

*Riservato alla segreteria*

Protocollo

Visto,

si autorizza       non si autorizza

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

*Prof.ssa Viviana Patricelli*