**Allegato 5 - Disponibilità somministrazione farmaci.**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.C.“Sauro-Giovanni XXIII”-**

**Catania**

**Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci**

La sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_docente/personale ATA

presso il Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Istituto Comprensivo “Sauro-Giovanni XXIII di Catania, considerata la richiesta dei genitori dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara**

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta e depositata agli atti della scuola.

Catania, Firma