**Allegato 4**

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

"L. SCIASCIA" AGRIGENTO

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/Lasottoscritto/a

 □ docente

 □ altro personale (specificare)

presso il Plesso dell’Istituto ITET L. Sciascia di Agrigento,

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.

Data FIRMA