**(Allegato 3)**

Al Dirigente Scolastico

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

Il /la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_personale ATA/Docente

Del 3 Circolo Didattico “R. Cotugno” di Andria

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

……….…………………………