



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO "GIOVANNI BERTACCHI"
Scuola Infanzia Primaria e Secondaria di I grado
23022 CHIAVENNA (SO) Piazza Don P. Bormetti, 3 – C.F. 81002090140
Tel e fax 0343/32353 e-mail soic80500d@istruzione.it
Posta elettronica certificata soic80500d@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "G. Bertacchi"
di Chiavenna

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

Il /la sottoscritto/a..... personale ATA/Docente

dell'I.C. "G. Bertacchi" di Chiavenna presso la sede di..... ,

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a.....

della classe..... dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci

secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Firma

.....