**Alla Dirigente Scolastica**

 **del I.I.S.S. “Ven. I. Capizzi” - Bronte**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente/ATA in servizio per l’A.S.2023/24 nel Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Docente formato primo soccorso SI NO
* ATA formato primo soccorso SI NO

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 dai genitori.

 Bronte, Firma