

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE E/O ATA PER LA
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a _____, insegnante/addetto del personale ATA
dell'Istituto Comprensivo "Giannone-De Amicis" di Caserta, plesso _____,
classe _____ (per il personale docente), nato/a a
_____ il _____ residente a
_____ Via _____ n. _____ Tel. _____

In relazione alla richiesta di somministrazione del/i seguente/i farmaci _____
presentata da genitore/esercente la responsabilità genitoriale:

Sig. _____ Sig.ra _____
di (Cognome e Nome alunno/a) _____
frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

come da domanda della famiglia e da certificato medico, nella consapevolezza che il farmaco in
questione sia indispensabile per la frequenza scolastica dell'alunno/a

DICHIARA

- ☐ la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco in orario scolastico;
☐ di non rendersi disponibile alla somministrazione del farmaco in orario scolastico.

Caserta, _____

Firma _____