|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Descrizione: LOGO_ DEF_ISTITUTO_SQUILLACE_30OTT019*** | ***Descrizione: Emblem_of_Italy***  **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SQUILLACE** | ***Descrizione: bandiera quadrata ue*** |
| ***Scuola dell’Infanzia - Scuola Primaria e Secondaria di Primo Grado con Indirizzo Musicale*** | | |
| ***Via Damiano Assanti, n. 15 – 88069 Squillace (CZ) - Tel. E fax: 0961 912049/912034***  ***- email: czic87200x@istruzione.it - pec: czic87200x@pec.istruzione.it -***  ***C.M. CZIC87200X - c.f. 97069210793 -***  ***Sito Web*** [**www.scuolesquillace.edu.it**](http://www.scuolesquillace.edu.it) | | |

Al Dirigente Scolastico

dell'I.C. SQUILLACE

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

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

dell'I.C. di Squillace presso la sede di………………………………………., 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 del docente / ATA

……….…………………………