

Allegato 4

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. "F.P.Merendino"
di Capo d'Orlando**

OGGETTO: Disponibilità alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

A seguito di richiesta avanzata dai Sig.ri

.....
genitori dell'alunno/a nato/a a.....
il, iscritto/a per l'a.s alla
classe..... indirizzo, il sig.
qualifica in servizio nel plesso di

DICHIARA

di essere disponibile alla somministrazione del farmaco all'alunno/a

.....

secondo le modalità illustrate dal certificato medico allegato rilasciato dal dott.

Data _____

Firma _____

—