

**Allegato 5**

**Disponibilità a somministrare i farmaci**

Al Dirigente Scolastico  
dell' Istituto Comprensivo  
"Leonardo Sciascia"  
RACALMUTO

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

La sottoscritta docente della classe .....  
presso il Plesso.....dell'Istituto Comprensivo "Leonardo Sciascia",  
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.

Racalmuto lì,.....

FIRMA