Al Dirigente Scolastico

dell’IC Radice Sanzio Ammaturo

di Napoli

**OGGETTO**: Disponibilità degli operatori scolastici in servizio alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico.

Il /la sottoscritto/a……………………………………………… in servizio in qualità di ……………………………………. presso la sede di………………………………………., dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per il minore iscritto alla classe/sez. ………………. del plesso scolastico …………………………………….. secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta, consapevole che la somministrazione non richiede possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica.

Si rende disponibile a partecipare ad un incontro informativo finalizzato ad acquisire elementi utili alla somministrazione stessa.

Napoli, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

……….…………………………