

Allegato 3

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo “Falcomatà-Archi”
Reggio Calabria**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____ in qualità di docente/personale ATA

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci dell’Istituto Comprensivo “ Falcomatà-Archi”;

VISTE le linee Guida del Ministero della Salute ed il MIUR del 2005;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci all’alunno.....
secondo quanto previsto dal Protocollo di somministrazione dei farmaci dell’Istituto Comprensivo
Falcomatà-Archi e secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data

In fede