

**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