Al Dirigente Scolastico

dell'I.S MARCONI

Giugliano

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

Il /la sottoscritto/a……………………………………………… personale ATA/Docente

 dell'I.S “ MARCONI” presso la sede di……………………………………….,

**DICHIARA**

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci

Firma

……….…………………………