

Allegato 4

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. 5 MONTALE  
Napoli

OGGETTO: Disponibilità alla somministrazione farmaco

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ docente presso l'I.C. "5 Montale" plesso \_\_\_\_\_, considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_ ordine \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

La propria  disponibilità  indisponibilità alla somministrazione del farmaco salvavita o indispensabile in situazioni di emergenza per l'alunno/a sopracitata, autorizzata dal Dirigente Scolastico secondo le modalità indicate nella prescrizione medica prodotta.

In fede

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

\_\_\_\_\_