

## Allegato 5

### Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico  
dell'ISS Cerletti  
di Conegliano

### Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a..... docente / personale ATA dell'Iss Cerletti presso la sede di....., considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....della classe..... dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

FIRMA

.....