



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo di Villa d' Almè
Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d' Almè BG
Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411
Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004
e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it
PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 4

Luogo e data _____

Prot: _____/_____

Ai: docenti Classe _____

Collaboratori Scolastici

OGGETTO RICHIESTA DISPONIBILITÀ SOMMINISTRAZIONE FARMACO AD ALUNNO/A

Si richiede ai docenti e collaboratori scolastici in servizio presso la Scuola _____ di _____ la disponibilità o meno, alla somministrazione del farmaco dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

Docenti

Nome/Cognome	Firma	Si	No

Collaboratori Scolastici

Nome/Cognome	Firma	Si	No

DIRIGENTE SCOLASTICO

Marta Beatrice Rota



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo di Villa d' Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d' Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

Prot: _____/_____

Ai: Prof.sso/i Classe _____

Collaboratori Scolastici

e.p.c.

Coordinatore di Classe _____

Genitori di _____

OGGETTO: **AUTORIZZAZIONE** **SOMMINISTRAZIONE** **FARMACO**
ALUNNO/A _____ **SCUOLA** _____ **CL** _____

Vista la richiesta dei genitori di _____ della
scuola _____ classe _____ presentata in
data _____;

Vista la richiesta di disponibilità indirizzata dal sottoscritto ai docenti e collaboratori scolastici:

Vista la disponibilità alla somministrazione del farmaco, comunicata dai docenti e collaboratori scolastici:

Docenti:

Collaboratori Scolastici:

in data _____

Individua

I docenti e i collaboratori scolastici suddetti ad effettuare la somministrazione del farmaco

DIRIGENTE SCOLASTICO

Marta Beatrice Rota