 Allegato 4

**Istituto Comprensivo Statale XX Settembre di Rimini**

Via Arnaldo da Brescia, 4 - 47923 Rimini (RN) - Telefono e fax 0541 / 383012

E-mail: [rnic81600b@istruzione.it PEC](mailto:rnee01100a@istruzione.it) rnic81600b@pec.istruzione.it

c.f. 91142600401 c.m. rnic81600b

Al Dirigente Scolastico

dell'I.C. XX Settembre

Rimini

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

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

dell'I.C. XX Settembre 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

……….…………………………