**MODULO 3**

 **Al Dirigente Scolastico**

 **I.C. Rossini San Marcello**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **insegnante/collaboratore scolastico** dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

visto il certificato medico rilasciato dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e vista la richiesta del genitore di somministrare, in caso di bisogno, il farmaco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Su base volontaria e in virtù di un rapporto fiduciario con la famiglia di essere disponibile a somministrare all’alunno/a, nei casi previsti dal certificato medico, il suddetto farmaco per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara altresì, di essere a conoscenza che il farmaco è quotidianamente disponibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare il luogo dove è riposto il farmaco)

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_