****

**Ministero dell'Istruzione**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA

ISTITUTO COMPRENSIVO DI SERGNANO “PRIMO LEVI”

VIA AL BINENGO, 38 - 26010SERGNANO (CR)

Codice Fiscale: 01223820190 Codice Meccanografico: CRIC80600N C.U. UF4VB8

e-mail: [**cric80600n@istruzione.it**](mailto:cric80600n@istruzione.it) **– sito web:** [**www.icsergnanoprimolevi.edu.it**](http://www.icsergnanoprimolevi.edu.it)

Allegato 4

Al Dirigente scolastico

Dell’Istituto Comprensivo “Primo Levi” di

Sergnano

**Oggetto: notifica di presa visione del PIANO DI ASSISTENZA per somministrazione farmaci all’alunno/a………………………………… frequentante la Scuola……………. di ……………………………….. classe/sezione/plesso…………………………………**

I sottoscritti Docenti della classe…………………..e del plesso della Scuola ………………. di …………….e personale ATA

dichiarano di aver preso visione del PIANO DI ASSISTENZA per la somministrazione farmaci e danno la disponibilità alla somministrazione deglistessi all’alunno/a …………………………….. frequentante la classe ……………….della Scuola ……………….. di ……………………………. come da certificato medico e come da accordo sottoscritto dai genitori.

I farmaci sono custoditi …………………………………………..

Data, ………………….

Firme dei Docenti e personale ATA che danno la disponibilità per la somministrazione del farmaco:

…………………………………… ……………………………………

…………………………………… ……………………………………

…………………………………… ……………………………………

…………………………………… ……………………………………

…………………………………… ……………………………………

Firme dei docenti che hanno preso visione ma che non danno la disponibilità per la somministrazione del farmaco:

…………………………………… ……………………………………

…………………………………… ……………………………………

…………………………………… ……………………………………