

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO

DI \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

(docente ATA)

della scuola :        Infanzia            Primaria            Secondaria di 1°

di \_\_\_\_\_ per l'anno scolastico \_\_\_\_\_

**comunica la propria disponibilità:**

- a seguire il percorso di informazione/addestramento
- alla somministrazione di farmaci in orario scolastico
- di aver partecipato all'evento formativo in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

per l'alunno/a \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_