



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
Istituto Comprensivo Statale "Gaetano Manfredini"  
Piazza Pio VI, 9 - 04014 PONTINIA (LT)  
<http://www.icmanfredini.edu.it>  
C.F. 80003060599 - CUU: UFXNHP - ☎ 0773/86038 - fax 0773/849020  
email: [ltic841003@istruzione.it](mailto:ltic841003@istruzione.it) ✉ [ltic841003@pec.istruzione.it](mailto:ltic841003@pec.istruzione.it)



Al Dirigente scolastico dell'IC G.Manfredini

[ltic841003@istruzione.it](mailto:ltic841003@istruzione.it)

**OGGETTO: Disponibilità alla somministrazione di farmaci**

Io Sottoscritto \_\_\_\_\_

Docente / Collaboratore scolastico della Scuola \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_ in  
relazione alla richiesta di somministrazione dei farmaci dei genitori dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ pervenuta al Dirigente  
Scolastico, nella consapevolezza che il caso in questione è particolare e che la somministrazione  
di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché l'alunno/a possa frequentare la scuola, sollevandomi  
da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica

**dichiaro la mia disponibilità**

data

Firma