



**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE  
"MARGHERITA DI NAVARRA"**  
**Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado**  
**VIA PAPA GIOVANNI PAOLO II - 90046 – MONREALE – PA**  
**TEL.: 0916535962 - 0916153720**  
**e-mail: [paic85800d@istruzione.it](mailto:paic85800d@istruzione.it)**



All. 4 (Personale docente-Ata- educativo)

## **Risposta alla richiesta di disponibilità per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico**

Al Dirigente Scolastico  
Dell'I.C.S.  
Margherita di Navarra

Con riferimento alla richiesta prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e all'allegato certificato medico redatto in data \_\_\_\_\_, i sottoscritti

---

---

---

---

---

---

personale docente/Ata/educativo in servizio presso l'istituzione scolastica I.C.S. Margherita di Navarra Plesso \_\_\_\_\_, consapevoli che il caso in questione è particolare e che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché il/la studente/ssa possa frequentare la scuola, ribadendo di non avere competenze né funzioni in merito e di norma di non essere autorizzati alla somministrazione di farmaci

### DICHIARANO

- di non acconsentire alla somministrazione e alla richiesta pervenuta;
- di acconsentire alla somministrazione e alla richiesta pervenuta;

Il personale

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_