

## Intestazione Istituto Scolastico

All'ASL di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Richiesta di attivazione formazione somministrazione farmaci a scuola**

### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Vista** la Certificazione medica ed il piano terapeutico presentati dai genitori (o esercenti la responsabilità genitoriale) dell'alunno \_\_\_\_\_, assunti agli atti della scuola con prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
- Vista** la Richiesta per la somministrazione del/i farmaco/i durante l'orario scolastico, prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, inoltrata dai medesimi;
- Considerata** la necessità che il personale scolastico venga adeguatamente formato al fine di provvedere alla somministrazione dei farmaci come meglio sotto specificati,

### CHIEDE

per il personale scolastico individuato a seguito di propria disponibilità ed operante presso l'Istituzione scolastica in intestazione, l'attivazione di un corso di formazione per i seguenti farmaci:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Si fa presente che il personale da formare è così composto:

- n. docenti \_\_\_\_\_;
- n. personale ATA \_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico