

allegato 5

Spett.le ASL _____

Sede

Oggetto: Formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco

Ai sensi della normativa vigente,

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno/a _____ della classe _____,

Vista la certificazione medica e il Piano terapeutico allegati alla richiesta;

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione;

SI CHIEDE

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, cordialità.

Il Dirigente Scolastico