Unione Europea | Repubblica Italiana
Ministero dell'Istruzione e del Merito | Regione Sicilia

II ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Canonico Vincenzo Bascetta"

Spett.le

□ ASP_____Servizio di pediatria

□ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

□ medico di medicina generale Dott. _____

Sede

Oggetto: Richiesta formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco di cui alla Certificazione medica con Attestazione e Piano Terapeutico.

Ai sensi della normativa vigente;

Vista la richiesta del

□ Genitore dello/a

□ Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a

Cognome e Nome _____, nato/a a _____

il ____/_____/_____e residente a _____in Via _____,

che frequenta la classe _____sez ____del Plesso _____;

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, si porgono distinti saluti.

Il Dirigente scolastico
Dott.ssa Maria Catena Lupo
(Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005
s.m.i. e norme collegate)