

2° RICHIESTA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO

Istituto Comprensivo/ Direzione Didattica/Nucleo Pedagogico _____

Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico Dr./Dr.ssa _____

Via/P.zza _____ *N°* _____ *Tel:* _____ *E_Mail:* _____

**Alla Centrale Pediatria di Comunità
S.S.D. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud
Dipartimento Materno-Infantile
ASL Città di Torino**

Oggetto: Minore _____

Il Dirigente Scolastico/Coordinatore Didattico/Responsabile Pedagogico, al termine del percorso di Informazione/Formazione/Addestramento svolto dal Vs. personale sanitario a favore del nostro personale scolastico/educativo,

con la presente chiede

di poter attivare la procedura per la somministrazione farmaco/esecuzione intervento sul minore in orario scolastico, come da certificazione medica (All.3/sue varianti), da parte dei soggetti identificati, delegati e formati come tutor.

A tal fine, se non già prodotti, allega gli specifici Allegati 5 di Formazione in Situazione.

Data, _____

FIRMA del DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO
