

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud

Responsabili: *Dr.ssa Giulia MORTARA / Dr.ssa Maria Clara ZANOTTO*

Pediatria di Comunità – Referente *Dr.ssa Bruna CERBINO*

Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582

e-mail: centralepdc@aslcittaditorino.it

Allegato 7

ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA

Al Dirigente Scolastico/Coordinatore Didattico/Responsabile Pedagogico

Dr:

I.C./Direzione Didattica/Circolo Didattico

“.....”

Via n° - TORINO

Oggetto: Minore _____ nato il _____ a _____

In riferimento al Vs. richiesta di Formazione/Informazione/Addestramento per il personale scolastico/educativo (All. 4) del _____, a Vs. successiva richiesta di attivazione della procedura per la somministrazione farmaco/esecuzione intervento in orario scolastico a favore del minore in oggetto (All.6) del _____, esaminati i documenti ad esse allegati, in particolare:

- All.2 – Richiesta/Delega/Liberatoria dei genitori;
- All.3 - Prescrizione medica
- All.5 – Scheda Formazione in Situazione

con la presente si rilascia alla scuola l'autorizzazione per la somministrazione dei farmaci e/o per l'esecuzione dell'intervento specifico, concernenti i bisogni sanitari del minore in oggetto, da parte dei soggetti che hanno realizzato e concluso l'intero percorso di formazione/addestramento, come documentato dagli specifici Allegati 5.

Data, _____

Responsabile S.S.D./Medico delegato
Consultori Familiari e Pediatrici