

## Allegato 6

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 \_\_\_\_\_  
della classe \_\_\_\_\_, 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

Cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Anna Rita Leone