

## 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 \_\_\_\_\_ 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**