



2° ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO

"Alessandro Volta" - Floridia

Via Colombo n 30 - 96014 Floridia (SR)

Tel. e fax n. 0931/941086 C. F. **93039560896**

mail: src82500t@istruzione.it pec: SRIC82500T@PEC.ISTRUZIONE.IT

<https://www.istitutocomprensivovoltafloridia.edu.it>

Spett.le Azienda Sanitaria Provinciale
di Siracusa
Al Responsabile U.O. di medicina scolastica

Dott. _____

semp@asp.sr.it

medicina.scolastica@asp.sr.it

Oggetto: Formazione in situazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno della classe /sezione _____

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione,

si chiede

alla S.V., nell'ambito delle attività in oggetto, l'attivazione della "Formazione in Situazione" per il personale scolastico individuato.

Si dichiara inoltre di essere in possesso di:

- Richiesta dei genitori degli alunni interessati
- Documentazione medica riguardante l' alunno
- Disponibilità del personale scolastico alla formazione
- Dichiarazione sull'individuazione del locale per la conservazione dei farmaci e dei materiali occorrenti.

In attesa di comunicazione delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato,

si porgono cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Clorinda Coppa
***(Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993)***