***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

 prof.ssa Stefania Cardillo