

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN ORARIO SCOLASTICO**

**DA COMPILARE A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Vista l'idoneità della documentazione presentata (allegato 1 e 2 secondo il protocollo) dai genitori di

.....

nato a.....il .....

residente a ..... in via.....

frequentante la classe ..... della Scuola .....

sita a .....in via.....

Essendo il minore affetto da .....  
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in orario scolastico come da  
allegata proposta rilasciata in data..... dal (MMG/PLS) Dr.....

Individuato il docente disponibile volontariamente ad intervenire nella persona di.....

.....

Individuato il personale ATA disponibile volontariamente ad intervenire nella persona di.....

.....

Non avendo individuato docente/personale ATA disponibile volontariamente ad intervenire

CHIEDO ad ATS Montagna

di attivare l'analisi del bisogno sovraespresso e di dare indicazioni perché si possa procedere alla  
somministrazione del farmaco in orario scolastico come da protocollo condiviso.

Data.....

Timbro e Firma del Dirigente Scolastico

Recapito telefonico del Dirigente Scolastico.....

Recapito email del Dirigente Scolastico.....