

Allegato 5



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo NORD 2 - Brescia

Via Costalunga, 15 - 25123 BRESCIA Cod. Min. BSIC88400D - Cod.Fisc. 80049710173
Tel. 030307858 - 0308379448-9 - Fax 0303384275 url- <https://www.icnord2brescia.edu.it/>
e-mail: bsic88400d@istruzione.it; bsic88400d@pec.istruzione.it

Spett.le

☐ ASP _____ Servizio di pediatria

☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

☐ medico di medicina generale Dott. _____

Sede

Oggetto: Richiesta formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco di cui alla Certificazione medica con Attestazione e Piano Terapeutico.

Ai sensi della normativa vigente;

Vista la richiesta del ☐ Genitore dello/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe _____ sez _____ del 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 distinti saluti.

La Dirigente Scolastica
DOTT.ssa Aurora Malandrino
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai
sensi e per gli effetti dell'art. 3, c.2, D.Lgs n. 39/1993)