

## Modulo 05 –Richiesta per ATS

**Spett.le**

Agenzia Territoriale della Salute (ATS) –  
Unità Operativa Semplice a valenza  
dipartimentale Promozione della Salute  
Medicina interculturale e Prevenzione  
dei Fattori di Rischio Comportamentali  
Via Dante, 1 20835 Muggiò  
[UOpros@ats-brianza.it](mailto:UOpros@ats-brianza.it)

**Oggetto: RICHIESTA Formazione / verifica requisiti strutturali per la conservazione di farmaci a scuola/asilo nido/CRE. Trasmissione elenco bambini che necessitano di adrenalina.**

Il/La sottoscritto/a

---

Dirigente/Responsabile/Coordinatore dell'Istituto/Asilo nido/CRE

---

ricevuta la richiesta di “somministrazione farmaci” presso questo Istituto durante l'orario scolastico relativamente all'alunno (non compilare se solo trasmissione elenco bambini con adrenalina)

---

frequentante la classe \_\_\_\_\_

---

visto il vigente Protocollo di Intesa per la SOMMINISTRAZIONE di FARMACI ed utilizzo di dispositivi medici validati secondo la metodologia Health Technology Assessment in ambito scolastico, negli asili nido e nei Centri Ricreativi Estivi Diurni accreditati

**richiede :**

- verifica dei requisiti strutturali da parte di personale ATS presso l'Istituto scolastico/asilo nido/CRE per l'idonea conservazione separata dei farmaci destinati all'alunno od ospite dell'asilo nido.
- la formazione sul campo del personale dichiaratosi disponibile ed incaricato di somministrare il farmaco.

**trasmette**

- l'elenco dei bambini che necessitano di somministrazione di adrenalina (Cognome e Nome, data di nascita, Comune ove è ubicata la scuola frequentata, Denominazione della Scuola - Plesso), Indirizzo, Telefono, Classe e sezione, ciclo scolastico, grado, Piano ove si trova la classe) ;

In Fede

.....