

RICHIESTA DI SUPPORTO PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(da compilare a cura del Dirigente Scolastico alla Azienda ULSS-Dipartimento di Prevenzione/Distretto-competente per il territorio)

All'Azienda ULSS (Dipartimento di Prevenzione/Distretto) n. _____

Il Sottoscritto _____ Dirigente Scolastico

dell'Istituto _____

scuola _____

indirizzo _____

Comune _____

Email _____

Telefono _____ fax _____

IN RELAZIONE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

PRESENTATA DAI SIGNORI _____

GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI DELL'ALUNNO _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in via _____

FA PRESENTE CHE

LO SCRIVENTE ISTITUTO NON E' IN GRADO DI GESTIRE AL PROPRIO INTERNO LA RICHIESTA SUDETTA. AI SENSI DELLA D.G.R. VENETO N.3 DEL 4 GENNAIO 2019 TRASMETTE, PERTANTO, COPIA DELLA SUDETTA RICHIESTA A CODESTA AZIENDA ULSS (Dipartimento di PREVENZIONE/DISTRETTO), PER IL SEGUITO DI COMPETENZA.

Luogo e Data, _____

Timbro e firma del
DIRIGENTE SCOLASTICO