***Ministero dell’Istruzione e del Merito***

**Istituto di Istruzione Superiore *“*Leonardo da Vinci - Ripamonti*”***

via Belvedere, 18 – 22100 Como - tel. 031 520745

sito web: https:// [www.davinciripamonti.edu.it](http://www.davinciripamonti.edu.it)

All’ASST Lariana

**Oggetto: Richiesta di attivazione formazione somministrazione farmaci a scuola**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vista** | la Certificazione medica ed il piano terapeutico presentati dai genitori (o esercenti la responsabilità genitoriale) dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assunti agli atti della scuola con prot. n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_; |
| **Vista** | la Richiesta per la somministrazione del/i farmaco/i durante l’orario scolastico, prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_, inoltrata dai medesimi; |
| **Considerata** | la necessità che il personale scolastico venga adeguatamente formato al fine di provvedere alla somministrazione dei farmaci come meglio sotto specificati, |

**CHIEDE**

per il personale scolastico individuato a seguito di propria disponibilità ed operante presso l’Istituzione scolastica in intestazione, l’attivazione di un corso di formazione per i seguenti farmaci:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si fa presente che il personale da formare è così composto:

* n. docenti \_\_\_\_\_\_;
* n. personale ATA \_\_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Gaetana Filosa