

FAC-SIMILE ALL. 6 EX DGR50-7641\2014

RICHIESTA Autorizzazione all'ASL dopo formazione

Su carta intestata della scuola o ente richiedente

Al Direttore del Distretto AREA: ☐ NORD ☐ SUD ☐ Distretto Urbano NOVARA

Dott.\Dott.ssa _____

Oggetto: Minore _____

Il Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico, al termine del percorso di Informazione/Formazione/Addestramento svolto dal Vs. personale sanitario a favore del nostro personale scolastico/educativo,

chiede

di poter attivare la procedura per la somministrazione farmaco/esecuzione intervento sul minore in orario scolastico, come da certificazione medica (All3/3bis).

A tal fine allega gli specifici Allegati 5 di Formazione in Situazione.

Data, _____

FIRMA
