



**RICHIESTA SUPPORTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

(da compilare e da inviare a cura del dirigente scolastico alla Azienda ULSS -Dipartimento di
Prevenzione/Distretto- competente per 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 _____

FA PRESENTE CHE

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

Data

Firma del Dirigente Scolastico
