*Allegato 6*

Spett.le ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede

**OGGETTO: RICHIESTA ASL FORMAZIONE DEL DOCENTE/COLLABORATORE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO**

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione,

 **si chiede**

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, cordialità.

 **Il Dirigente Scolastico**