

**Allegato 7**

**A.S.L. ....**  
**Distretto.....**

Al Dirigente Scolastico/Direttore Agenzia Formativa

**Oggetto: ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA**

*In riferimento alla vostra comunicazione del..... recante in oggetto richiesta formazione/informazione/addestramento ed a quella del.....con oggetto:Richiesta Attivazione della procedura per la somministrazione di farmaci all'alunno/a.....da parte di personale scolastico/formativo, dopo aver visionato i documenti in esse allegati:*

**-Richiesta della Direzione Scolastica/Agenzia formativa**

**-Prescrizione medica**

**-Richiesta-Delega dei genitori**

**-Scheda di Formazione in Situazione**

*Si rilascia l'autorizzazione alla scuola/agenzia formativa per la somministrazione dei farmaci e/o per l'esecuzione dell'intervento specifico, concernenti i bisogni sanitari specifici dell'alunno/a.....secondo le indicazioni mediche di cui all'Allegato 3 e/o 3 bis.*

*Luogo e Data*

.....

*Firma*

*Direttore del Distretto*

.....

