



*Istituto di Istruzione Superiore
"Ugo Mursia"*

Liceo Scientifico – Liceo Scienze Umane

Istituto Professionale di Stato per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera



ALLEGATO 5

Spett.le ASL _____

Sede

Oggetto: 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 un vostro cortese riscontro, si porgono distinti saluti.



Sede Principale: Via Trattati di Roma n. 6 – 90044 – Carini (PA)

Succursale: Via Renda n.38 – 90044 – Carini (PA)

Sede staccata: Piazza Matrice – 90040 – Capaci (PA)

Codice fiscale: 97039720822 – Sito web: www.iismursia.gov.it

Mail: pais004009@istruzione.it – PEC: pais004009@pec.istruzione.it