

# CARTA INTESTATA ISTITUTO SCOLASTICO

Preg.mo Direttore Sanitario ASL Napoli 1 Centro

c.a. dott.ssa Maria **Corvino**

*e-mail* [direzione.sanitaria@aslnapoli1centro.it](mailto:direzione.sanitaria@aslnapoli1centro.it)

**Oggetto “adesione al percorso assistenziale Somministrazione farmaci a scuola - A.S. 2023/2024”.**

Con riferimento a quanto in oggetto con la presente si comunica la necessità di questo Istituto ad aderire al “percorso assistenziale Somministrazione farmaci a scuola - A.S. 2023/2024” per gli alunni di seguito indicati:

***indicare per ogni alunno i seguenti dati***

- nome e cognome alunno (**solo iniziali**)
- data di nascita
- patologia di cui l'alunno è affetto
- farmaci da somministrare con precisazione di posologia
- contatti Istituto Scolastico
- contatti genitori
- Distretto Sanitario di base di appartenenza
- liberatoria a firma dei genitori
- ogni ulteriore utile elemento che si dovesse ritenere necessario

***indicare inoltre***

- numero del personale scolastico (docenti, non docenti) da inserire nel programma di formazione de qua,

***allegare la documentazione sanitaria dell'alunno***

\_\_\_luogo\_\_\_, data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

il Dirigente Scolastico  
*firma autografa ovvero digitale*