

Carta intestata

Ai genitori

Dell'alunno _____

Oggetto: nominativi del personale scolastico disponibile alla somministrazione - comunicazioni

In riferimento alla richiesta di somministrazione farmaci , alla autorizzazione/delega e alla documentazione medica fornita alla scuola si comunicano di seguito i nominativi del personale scolastico che ha dichiarato la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco salvavita e/o al monitoraggio e controllo della ipoglicemia (in caso di diagnosi di diabete) secondo prescrizione medica

Nome e cognome	Qualifica

Eventuali osservazioni da parte delle SS.LL. potranno essere trasmesse alla mail della scuola riic806008@istruzione.it

Si evidenzia che in caso di assenza del personale dichiaratosi disponibile, per la frequenza scolastica dell'allievo è necessaria la presenza del genitore o di persona delegata per l'intero orario scolastico o per la parte di orario non coperta da personale disponibile.

Se necessario scrivere:

A) *Si specifica che il suddetto personale non somministra il seguente farmaco*

_____ *Tale somministrazione e tutto ciò che ne consegue resta a carico dei genitori o di persona delegata comunicata a quest'Istituto e/o di personale individuato dalla Asl e comunicato all'Istituto .*

B) *Viste le disponibilità e considerato l'orario scolastico si fa presente che per n. _____ ore settimanali non risulta garantita la somministrazione del farmaco. Pertanto è necessaria la presenza del genitore e/o di persona delegata nei giorni _____ dalle ore _____ alle ore _____*

Distinti saluti.

Il Dirigente scolastico

Prof.ssa Gerardina Volpe

