

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud

Responsabili: Dr.ssa Giulia MORTARA / Dr.ssa Maria Chiara RUSSO

Pediatria di Comunità – Referente Dr.ssa Bruna CERBINO

Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582

e-mail: centralepdc@aslcitytorino.it

ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA

Allegato 7

Al Dirigente/Coordinatore

Dr./Dr.ssa _____

I.C./Direzione Didattica/Circolo Pedagogico/Didattico

“ _____ ”

Via _____ n° _____ - TORINO

Oggetto: Minore _____ ID n° _____

In riferimento al minore in oggetto, e facendo seguito a Vs. richiesta di Formazione/Informazione/Addestramento per il personale scolastico/educativo (ex All.4) e alla richiesta di attivazione della procedura per la somministrazione farmaco in orario scolastico per i tutor scolastici che hanno concluso con esito positivo anche lo step di addestramento in presenza (ex-All.6), con la presente:

***si rilascia alla scuola l'autorizzazione per la somministrazione dei farmaci
e/o per l'esecuzione dell'intervento specifico, concernenti i bisogni sanitari del minore in oggetto,
da parte dei soggetti che hanno realizzato e concluso con esito positivo
l'intero percorso di formazione/addestramento,
come documentato dallo/dagli specifico/i Allegato/i 5 del _____ .***

Seguirà invio formale a Codesta/o Direzione Scolastica/Circolo Pedagogico/Didattico del documento presente, unitamente a relativo/i Allegato/i 5, con protocollo del servizio PdC.

Data _____

Responsabile S.S.D./Medico Centrale PdC

Consultori Familiari e Pediatrici

Dr./Dr.ssa _____

_____/

Per RICEVUTA

Firma Dirigente Scolastico/Coordinatore Pedagogico/Didattico/Delegato