



ISTITUTO COMPrensIVO 5
"EUGENIO MONTALE"
NAPOLI

Viale della Resistenza 11K-80145 NAPOLI- tel.e fax 081/5430772
Codice fiscale: 95285650636 – Cod. Mecc. : NAIC8GZ00N
E-MAIL: naic8gz00n@istruzione.it – naic8gz00n@pec.istruzione.it
Sito web www.ic5montale.edu.it



Allegato 3

Prot. N.

Napoli,

Al/Alla docente

Plesso _____

Oggetto: Richiesta di disponibilità a somministrare farmaco in orario scolastico

Viste le Raccomandazioni del MIUR e del Ministero della Salute del 25/11/2005, contenenti le Linee Guida (prot. n. 2312 del 25/11/2005) per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di alunni che necessitano di somministrazione farmaci in orario scolastico;

Vista la richiesta del Sig/Sig.ra _____ genitore dell'alunno/a della classe _____ sez. _____ del plesso _____ relativa alla somministrazione del farmaco prescritto dal medico;

Preso atto di quanto indicato dal medico relativamente alla patologia, alla prescrizione del farmaco, alla modalità di somministrazione e alla posologia;

CHIEDE

Alla S.V. la disponibilità a garantire la somministrazione del farmaco, in caso di bisogno, all'alunno/a _____ come da prescrizione medica, che si allega in copia.

La S.V. conserverà il certificato medico nel rispetto della normativa in materia di privacy.

Si resta in attesa di sollecito riscontro, anche se negativo

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Paola Carnevale