All’ Azienda Sanitaria Locale ………...............................

MODULO 4

…………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………..

**Oggetto: Somministrazione farmaci.**

VISTE le linee Guida del Ministero della Salute ed il MIUR del 2005;

VISTO il “Protocollo d’intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardiaper la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico” n.19593 del 13/09/2017, art.3 lettera C

SI COMUNICA

che per l’anno scolastico……………………..è stato attivato il protocollo di somministrazione farmaci salvavita a seguito di regolare istanza presentata dai genitori/tutori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_\_\_\_della Scuola I.C. GEROLAMO CARDANO - GALLARATE – PLESSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si specifica, a norma dell’art.3 lettere C ed E del protocollo d’intesa indicato in premessa, che il caso segnalato rientra tra quelli con “prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi”,

Il Dirigente Scolastico