

**Allegato 6**

**2° RICHIESTA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO**

Istituto Comprensivo/ Direzione Didattica/Nucleo Pedagogico \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Alla Centrale Pediatria di Comunità  
S.S.D. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud  
Dipartimento Materno-Infantile  
ASL Città di Torino**

**Oggetto: Minore** \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico/Coordinatore Didattico/Responsabile Pedagogico, al termine del percorso di Informazione/Formazione/Addestramento svolto dal Vs. personale sanitario a favore del nostro personale scolastico/educativo,

con la presente chiede

di poter attivare la procedura per la somministrazione farmaco/esecuzione intervento sul minore in orario scolastico, come da certificazione medica (All.3/sue varianti), da parte dei soggetti identificati, delegati e formati come tutor.

A tal fine, se non già prodotti, allega gli specifici Allegati 5 di Formazione in Situazione.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA del DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO

\_\_\_\_\_