



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE  
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"  
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94  
Cod. fiscale/P.I. 11632570013  
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino  
☎ 011/5661566 - 011/4393111

**Dipartimento Materno Infantile**

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud  
Responsabili: *Dr.ssa Giulia MORTARA / Dr.ssa Maria Clara ZANOTTO*  
Pediatría di Comunità – Referente *Dr.ssa Bruna CERBINO*  
Centrale Pediatría di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582  
e-mail: [centralepdc@aslcitytorino.it](mailto:centralepdc@aslcitytorino.it)

**Allegato 7**

**ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA**

Al Dirigente Scolastico/Coordinatore Didattico/Responsabile Pedagogico

Dr: .....

I.C./Direzione Didattica/Circolo Didattico

“.....”

Via ..... n° ..... - TORINO

**Oggetto: Minore \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_**

In riferimento al Vs. richiesta di Formazione/Informazione/Addestramento per il personale scolastico/educativo (All. 4) del \_\_\_\_\_, a Vs. successiva richiesta di attivazione della procedura per la somministrazione farmaco/esecuzione intervento in orario scolastico a favore del minore in oggetto (All.6) del \_\_\_\_\_, esaminati i documenti ad esse allegati, in particolare:

- All.2 – Richiesta/Delega/Liberatoria dei genitori;
- All.3 - Prescrizione medica
- All.5 – Scheda Formazione in Situazione

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 l'intero percorso di formazione/addestramento, come documentato dagli specifici Allegati 5.

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

Responsabile S.S.D./Medico delegato  
*Consultori Familiari e Pediatrici*