



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE
ANDREA SCOTTON



Mod.7-3/PS ((Allegato B al DR n.6 del 27MAR2019))

RICHIESTA DI SUPPORTO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(da compilare e da inviare a cura del dirigente scolastico alla Azienda ULSS-Dipartimento di Prevenzione/Distretto – competente per territorio)

ALL'AZIENDA ULSS (Dipartimento di PREVENZIONE/DISTRETTO) n. _____

Il sottoscritto **Prof. Carmine Vegliante**, Dirigente Scolastico
dell'Istituto **I.I.S. "A.SCOTTON"**

Indirizzo: **via Roma n. 56**

Comune: **BREGANZE**

Email: _____

telefono _____ fax _____

IN RELAZIONE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

PRESENTATA DAI SIGNORI _____

GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI DELL'ALUNNO _____

FA PRESENTE CHE

LO SCRIVENTE ISTITUTO NON E' IN GRADO DI GESTIRE AL PRORPIO INTERNO LA RICHIESTA
SUDETTA.

AI SENSI DELLA D.G.R. VENETO n.3 DEL 4 GENNAIO 2019 TRASMETTE, PERTANTO, COPIA DELLA
SUDETTA RICHIESTA A CODESTA AZIENDA ULSS (Dipartimento di PREVENZIONE/DISTRETTO), PER
IL SEGUITO DI COMPETENZA.

Data _____

Firma del Dirigente Scolastico
