**Allegato 7**

**A.S.L. ……….**

**Distretto…………….**

Al Dirigente Scolastico/Direttore Agenzia Formativa

***Oggetto:* ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA**

*In riferimento alla vostra comunicazione del…………………………… recante in oggetto richiesta formazione/informazione/addestramento ed a quella del…………………………….con oggetto:Richiesta Attivazione della procedura per la somministrazione di farmaci all’alunno/a…………….......................da parte di personale scolastico/formativo, dopo aver visionato i documenti in esse allegati:*

***-Richiesta della Direzione Scolastica/Agenzia formativa***

***-Prescrizione medica***

***-Richiesta-Delega dei genitori***

***-Scheda di Formazione in Situazione***

*Si rilascia l’autorizzazione alla scuola/agenzia formativa per la somministrazione dei farmaci e/o per l’esecuzione dell’intervento specifico, concernenti i bisogni sanitari specifici dell’alunno/a……………........……...….secondo le indicazioni mediche di cui all’Allegato 3 e/o 3 bis.*

# Luogo e Data Firma

*.................................... Direttore del Distretto*

*.........................................*