



**Ministero dell'Istruzione  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di via VALLETTA FOGLIANO**

Via Valletta Fogliano n° 59 - 27029 VIGEVANO (PV) - tel. 038175513 - fax 038170900

PEO [pvic830001@istruzione.it](mailto:pvic830001@istruzione.it) - PEC [pvic830001@pec.istruzione.it](mailto:pvic830001@pec.istruzione.it)

C.M. PVIC830001 - C.F. 94033990188



*Scuole dell'Infanzia "R. Bianchi" - "M. Pistoja Mastronardi"  
Scuole Primarie "G.B. Ricci" - "A. Negri" - "G. Vidari"  
Scuola Secondaria di Primo grado "D. Bramante"*



**A/ Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
di Via Valletta Fogliano – Vigevano**

**oggetto: somministrazione farmaci – disponibilità**

In riferimento alla richiesta di somministrazione farmaci, pervenuta dalla Famiglia  
dell'alunn\_\_\_\_\_.  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
plesso \_\_\_\_\_,  
in conformità al protocollo ATS Pavia Decr. 442/DGi07.10.2019, \_\_|\_\_ sottoscritt\_

- 1. ....docente/coll.scol. [cancellare la voce che non interessa]
- 2. ....docente/coll.scol. [cancellare la voce che non interessa]
- 3. ....docente/coll.scol. [cancellare la voce che non interessa]
- 4. ....docente/coll.scol. [cancellare la voce che non interessa]
- 5. ....docente/coll.scol. [cancellare la voce che non interessa]
- 6. ....docente/coll.scol. [cancellare la voce che non interessa]
- 7. ....docente/coll.scol. [cancellare la voce che non interessa]

**COMUNICA**\_\_\_ la propria disponibilità secondo le modalità previste dalla prescrizione medica  
data .....

firma  
.....

firma  
.....

firma  
.....

firma  
.....

firma  
.....

firma  
.....