



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

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

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, \_\_I\_\_ 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  
 \_\_\_\_\_