



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 - PEC 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/DGi 07.10.2019 e al protocollo quadro intesa Regione Lombardia/ Ufficio Scolastico Regionale prot. 33900 del 03.07.2025, __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
