



**RICHIESTA 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 \_\_\_\_\_ Dirigente Scolastico  
dell'Istituto \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

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 È IN GRADO DI GESTIRE AL PROPRIO INTERNO LA RICHIESTA SUDDETTA.  
AI SENSI DELLA D.G.R. VENETO n. 3 DEL 4 GENNAIO 2019 TRASMETTE, PERTANTO, COPIA DELLA SUDDETTA  
RICHIESTA A CODESTA AZIENDA ULSS (Dipartimento di PREVENZIONE/DISTRETTO), PER IL SEGUITO DI  
COMPETENZA.

Data  
\_\_\_\_\_

Firma del Dirigente Scolastico  
\_\_\_\_\_