

Richiesta di attivazione formazione farmaci a scuola

(da inviare possibilmente entro il 15 luglio per l'anno scolastico successivo ed entro il 15 ottobre per le nuove iscrizioni e i casi sopraggiunti)

Al Ref. Aziendale ASL 5 di Pisa
Dott.ssa Maria Caruso
maria.caruso@uslnordovest.toscana.it
Tel. 050954606
E, per conoscenza,
all'attenzione della Prof.ssa Michela Lupia
autonomia.pisa@istruzione.it

Il Dirigente Scolastico (Cognome e Nome)

Chiede, per il personale operante nel proprio plesso, l'iscrizione al corso di formazione "Farmaci a scuola"

Istituto: _____

Scuola: _____

Via: _____ Numero: _____

Comune: _____

E-mail: _____

Recapito Telefonico: _____

n. docenti _____

n. altro personale _____

I seguenti farmaci

Data _____

Allegare il/i Piano/i Terapeutici relativi alle motivazioni senza l'evidenza di alcun dato personale così come disciplinato dal D.Lgs 196/03