Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Milano
Città Metropolitana

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Fatebenefratelli Sacco

Spett. Ente Gestore
_____

Oggetto: **Richiesta di attivazione della somministrazione di insulina a scuola**

A seguito della richiesta del genitore del minore

Cognome _____ Nome_____

nato/a a _____il ____/____/ _____

Residente a _____ Prov. (_____)

Via_____ n. _____

Codice Fiscale																

attualmente domiciliato/a nel territorio afferente alla ASST in

Via_____ n._____ *(da compilare solo se il domicilio è differente dalla residenza)*

SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE DELLA SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA/CONTROLLO GLICEMICO
A PARTIRE DAL _____/_____/_____

da parte del seguente Ente Gestore :_____

Nome della Scuola _____

Via_____n°_____

Telefono e Fax della segreteria _____

Nominativo del Dirigente scolastico _____

Classe frequentata dal bambino _____

Orari di somministrazione/controllo glicemico _____

Nominativo e recapito tel. del genitore di riferimento _____

_____

Data di sottoscrizione della domanda _____

Il Responsabile U.O.S Fragilità AT1
ASST Fatebenefratelli Sacco
Dr. Errico B. Perna

Firma del Genitore

_____

_____