

Spett.le 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 _____ Firma del Genitore _____

Responsabile SS



Ai Sigg. Genitori

**E p.c. ai Dirigenti
Nidi e Scuole dell'infanzia
Scuole primarie**

di Milano

Con la presente vi informiamo che l'ATS Città Metropolitana di Milano e ASST organizzano anche per l'anno scolastico 20__ / 20__ un servizio rivolto alle famiglie dei bambini con diabete mellito insulino-dipendente che frequentano le scuole dell'infanzia e primarie.

Personale infermieristico, appositamente formato, garantirà la somministrazione d'insulina ai bambini prima dei pasti, nelle sedi scolastiche, previo controllo dei valori glicemici.

I genitori interessati ad usufruire di tale servizio sono pregati di compilare la presente richiesta e di farla pervenire, anche tramite il personale scolastico, al Servizio Fragilità a cui si accede previo appuntamento telefonico dalle 9,00 alle 11,00 ai seguenti numeri: in alternativa la richiesta può essere inoltrata al seguente indirizzo mail:

Alla ASST

Il Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov.(____) il ____/____/____

Residente a _____ Prov (____)

Via _____ n. _____

Genitore dell'alunno _____

nato/a a _____ Prov. (____) il ____/____/____

C.F. _____

classe _____ Scuola _____

Via _____ Comune _____ Prov. _____

CHIEDE

di usufruire del servizio di somministrazione dell'insulina a scuola.

Firma _____

data _____