Allegato 1
RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

Il /i sottoscritto/i
.....

genitore/i affidatario/i- tutore/i .....
dell'alunno/a

.....

frequentante la classe.....

della scuola.....

.....

nell'anno scolastico.....

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

.....

vista la specifica patologia dell'alunno: .....

.....

Richiede/ono

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico
- L'intervento specifico.....

  .....
- L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

Barrare la/e voce/i che interessa/no

Allega:
•certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutore