

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

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