

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