

Allegato 1
RICHIEDA AL DIRIGENTE SCOLASTICO / DIRETTORE AGENZIA FORMATIVA

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

Al Dirigente Scolastico

Data.....

FIRMA del/i genitore/i/tutore
