

**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