

**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