

Al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritti .....

genitore/i affidatario/i – tutore/i

dell'alunno/a .....

frequentante la classe.....

della scuola . .....

nell'anno scolastico .....

Telefono fisso .....

Telefono cellulare .....

vista la patologia dell'alunno: .....

Richiede/ono

- La somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico
- L'intervento specifico .....
- L'affiancamento e/o vigilanza nell'auto somministrazione e/o nell'intervento specifico.

Barrare la/e voce/i che interessa/no

Allega:

- certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario.

Data.....

FIRMA del genitore/i/tutore .....