



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 _____ cellulare _____ (genitore/i)

E-mail _____ (genitore)

vista la specifica patologia dell'alunno: _____

Richiede/ono (barrare la voce che interessa)

☐ La somministrazione di farmaci in orario formativo

☐ L'intervento specifico:

☐ L'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto somministrazione e/o nell'intervento specifico

Allega:

Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data _____

FIRMA del/i genitore/i/tutore

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno _____

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto
del genitore/tutore assente _____

Firma _____

Luogo _____ data _____