

Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

Il /il sottoscritto/i.....
.....

- genitore/i
- affidatario/i-
- tutore/i

dell'alunno/a.....
frequentante la classe.....
della scuola.....
nell'anno scolastico.....

Telefono fisso.....
Telefono cellulare padre/madre/altri autorizzati.....
.....

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

Richiede/no

(Barrare la/e voce/i che interessa/no)

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

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Allega:

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

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutore/ri

