AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA

Ministero dell'istruzione e del merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte
Ufficio X - Ambito territoriale di Biella

Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico prof/ssa ……

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 ……

padre ……

madre ……

altri autorizzati ……

vista la specifica patologia dell'alunno/a ……

Richiede /ono (barrare le voci che interessano)

☐ **La somministrazione** di farmaci in orario scolastico

☐ **L'intervento specifico**……

☐ **L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione** farmaci e/o nell'intervento specifico

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

Data Firma del/i genitore/i/tutore