

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