



RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
Dott.ssa Silvana APPENDINO
dell'Istituto Comprensivo di Vinovo

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/i)

vista la specifica patologia dell'alunno: _____

Richiedono (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/i
