

**Allegato 1  
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.....

Telefono cellulare.....

.....

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

.....

Richiede/ono

somministrazione di farmaci in orario scolastico

intervento specifico.....

.....

affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

Barrare la/e voce/i che interessa/no

Allega:

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

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutore