

**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

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico
- L'intervento specifico.....  
.....
- L'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