

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 formativo
- L'intervento specifico:.....
.....
- L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

Barrare la voce che interessa

Allega:

- Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data,

FIRMA del/i genitore/i/tutore