

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.I.S. L. ROTA - CALOLZIOCORTE**

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