

Allegato 1/1bis

RICHIESTA dei GENITORI al DIRIGENTE SCOLASTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO

Al Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico
Dr./Dr.ssa _____

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo
Nido/Scuola d'infanzia

I sottoscritti (padre) (madre)
in qualità di Genitori/Tutori del minore iscritto per l'anno scolastico
presso la scuola/nido/materna..... classe/sezione
vista la specifica patologia del minore _____
(riportare la diagnosi)

chiedono a Codesta Direzione:

- di autorizzare la somministrazione del farmaco/l'esecuzione dell'intervento in orario scolastico;
- di autorizzare l'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto-somministrazione del farmaco e/o nell'auto-esecuzione dell'intervento in orario scolastico.

A tal fine allegano specifica certificazione/prescrizione medica.

Data, _____

FIRMA GENITORE

FIRMA GENITORE
