**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