

**FAC-SIMILE**

**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