Allegato 1
DOMANDA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/I sottoscritto/i ……..…….. genitore/i – tutore/i dell'alunno/a …….. frequentante la classe ……. della scuola …… nell'anno scolastico ……..

Telefono fisso …….……. di ……..

Telefono cellulare ……. di …….

Telefono fisso …….……. di ……..

Telefono cellulare ……. di …….

Vista la specifica patologia dell'alunno: ……

RICHIEDE/ONO

la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione o piano d'azione.

Allegati:

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

Luogo e data,_____ FIRMA _____