

Allegato n. 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Barbara DEBERNARDI

DIREZIONE DIDATTICA STATALE P.P. LAMBERT

P.zza Garambois, 6 – 10056 OULX (TO)

I sottoscritti.....
(cognome e nome)

in qualità di Genitori/Affidatari/Tutori dell'alunno/a

iscritto/a per l'anno scolastico..... presso la scuola primaria/dell'infanzia

frequentante la classe/sezione.....

n. telefono fisso

n. telefono cellulare

vista la specifica patologia dell'alunno/a

.....

.....

RICHIEDONO

(barrare la/e voce/i che interessa/no)

☐ la somministrazione di farmaci in orario scolastico

☐ il seguente intervento specifico

.....

☐ l'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

Allegano:

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

Luogo e data

In fede.

Firma del padre (o del tutore)..... Firma della madre