



RICHIESTA INTERVENTI DI TERAPIA MEDICA

Mod. AS 14

Pagina 1 di 1

Al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i
genitore/i affidatario/i- tutore/i dell'alunno/a
frequentante la classe.....di codesto Istituto nel corrente anno scolastico

vista la specifica patologia dell'alunno:
.....

Richiede/ono

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico
- L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico
- L'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

Telefono fisso.....Telefono cellulare.....

Novara, _____

FIRMA del/i genitore/i/tutore

.....

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto.....genitore dell'alunno.....
dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente.....

Firma.....