Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
Piazza della Repubblica 6 - 10083 FAVRIA tel. 0124 470067
e-mail: TOIC865006@istruzione.it - sito web: www.icfavria.edu.it
C.F. 85502080014 – C.M. TOIC865006

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