

RICHIESTA DEI GENITORI AL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE PEDAGOGICO/DIDATTICO

Al Dirigente Scolastico/Coordinatore Pedagogico/Didattico

Dr./Dr.ssa _____

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/Circolo Pedagogico

I sottoscritti genitori (**devono compilare e firmare entrambi**)

Signor/a nato il a

Signor/a nato il a

Genitori/Tutori del minore nato il a

iscritto per l'anno scolastico presso la scuola/nido/materna..... classe/sezione.....

Indirizzo sede frequentata dal minore

vista la specifica patologia del minore _____

(riportare la diagnosi)

CHIEDONO a Codesta Direzione di attivare la procedura per :

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

- ☐ la somministrazione del/i farmaco/i - intervento specifico
- ☐ l'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto-somministrazione del farmaco o intervento specifico realizzato dallo stesso minore

COME

- ☐ **1° ATTIVAZIONE** ☐ **AGGIORNAMENTO TERAPEUTICO**

E ALLEGANO ALLEGATO 3 - PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE MEDICA

ATTESTANTE LA TERAPIA FARMACOLOGICA RICHIESTA

E/O L'INTERVENTO SPECIFICO NECESSARIO IN ORARIO SCOLASTICO

Cognome e Nome del Pediatra di Libera Scelta o del Medico di Medicina Generale del Minore

.....

FIRMA LEGGIBILE E NUMERO DI TELEFONO DI CIASCUN GENITORE:

(I GENITORI DICHIARANO DI ESSERE COSTANTEMENTE RAGGIUNGIBILI AI SEGUENTI RECAPITI TELEFONICI)

Data, _____