



Via Montello, 29
10014 CALUSO (TO)
Tel 011 9832445

Email: info@iismartinetti.edu.it
PEC: tois03900t@pec.istruzione.it
WEB: IISMARTINETTI.EDU.IT

CF: 93010900012
Codice fatturazione UFLC34
Codice univoco IPA istsc_tois03900t

Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

AI Dirigente Scolastico
dell'IIS "P. Martinetti"

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