Allegato 1

RICHIESTA DEI GENITORI AL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO

Al Dirigente Scolastico Dr.ssa Barbara FLORIS

Istituto Comprensivo "G. SALVEMINI"

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……..

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 specificando nome del farmaco/intervento

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

COME

□ ***1° ATTIVAZIONE*** □ ***AGGIORNAMENTO TERAPEUTICO***

E ALLEGANO

PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE MEDICA ATTESTANTE LA TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO E/O L'INTERVENTO SPECIFICO NECESSARIO IN ORARIO SCOLASTICO

Nome del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del minore

……...

E DICHIARANO DI ESSERE COSTANTEMENTE RAGGIUNGIBILI AI SEGUENTI RECAPITI

riportare il numero di telefono cellulare di entrambi i Genitori

……..……. …….

Data, _____

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

_____

_____