



Istituto Comprensivo "Vivaldi-Murialdo"

Indirizzo: **via Casteldelfino, 24 – 10147 Torino**
Telefono: **011251965** – Fax: **011257376**
E-mail: **toic879004@istruzione.it** – PEC: **toic879004@pec.istruzione.it**
Site web: **www.vivaldi-murialdo.it** - Codice meccanografico: **TOIC879004**
Codice Fiscale: **97718980010** – Codice IPA: **istsc_toic879004**



Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

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