|  |
| --- |
| Emblem of Italy.svg |
| logo I class.jpg | **ISTITUTO COMPRENSIVO CIRIE’ II** VIA ROMA, 42 – 10073 CIRIE’ (TO)untitled.bmp 011 9210031C.F.: 92047220014 - C.M.: TOIC8AL00D - sito: [www.cirie2.edu.it](file:///%5C%5Cservernew%5CCONDIVISA%5CDIRIGENTE-CONDIVISA%5CDSGA%20CONDIVISA%20-%20Rosaria%5CAMMINISTRAZIONE%20TRASPARENTE%5CPersonale%5CPersonale%20non%20a%20tempo%20indeterminato%5Cwww.cirie2.it) | SHE |
| **busta_lettera_simbolo_email.jpg**TOIC8AL00D@istruzione.it**PEC.jpg**TOIC8AL00D@pec.istruzione.it |

All. 1

Al Dirigente Scolastico

I.C. Cirie’ 2

I sottoscritti …………………………………………… e …………………………………………

genitori dell’alunno/a ……………………………………………………………………………….

frequentante la classe ………………………….. plesso …………………………………………..

a.s. ………………………..

telefono: …………………………………………

 …………………………………………

Vista la specifica patologia dell’alunno/a

RICHIEDONO

* Somministrazione di farmaci in orario scolastico
* L’intervento specifico ……………………………………………..
* L’affiancamento e/o la vigilanza nell’autosomministrazione e/o nell’intervento specifico.

Allegano:

* Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l’intervento specifico

necessario

Cirie’ ……………………

 Firma di entrambi i genitori ………………………………………………

 ……………………………………………….