|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Emblem of Italy.svg | | |
| logo I class.jpg | **ISTITUTO COMPRENSIVO CIRIE’ II**  VIA ROMA, 42 – 10073 CIRIE’ (TO)  untitled.bmp 011 9210031  C.F.: 92047220014 - C.M.: TOIC8AL00D - sito: [www.cirie2.edu.it](file:///\\servernew\CONDIVISA\DIRIGENTE-CONDIVISA\DSGA%20CONDIVISA%20-%20Rosaria\AMMINISTRAZIONE%20TRASPARENTE\Personale\Personale%20non%20a%20tempo%20indeterminato\www.cirie2.it) | SHE |
| **busta_lettera_simbolo_email.jpg**[TOIC8AL00D@istruzione.it](mailto:TOIC8AL00D@istruzione.it)**PEC.jpg**[TOIC8AL00D@pec.istruzione.it](mailto: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 ………………………………………………

……………………………………………….