Allegato 1 RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO (da compilare ad inizio anno scolastico)

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO DI VILLANOVA MONDOVÌ

I sottoscritti

.....genitori - affidatari- tutori

dell'alunno/a .....

frequentante la classe..... della scuola.....

nell'anno scolastico.....

Telefono ....

Mail .....

vista la specifica patologia dell'alunno:

.....

.....

RICHIEDONO
(Barrare la/e voce/i che interessa/no)

☐ La somministrazione di farmaci in orario scolastico a causa di patologie acute

☐ L'intervento specifico in orario scolastico a causa di patologie acute:

.....

.....

.....

☐ L'autosomministrazione
Nell'intervento effettuato direttamente dall'alunno si richiede:

☐ La vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico
(per **vigilanza** si intende la sorveglianza generica sull'avvenuto intervento da parte dell'alunno)

☐ L'affiancamento nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico
(per **affiancamento** si intende anche il controllo delle modalità dell' esecuzione dell'intervento da parte dell'alunno)

DICHIARANO CHE

☐ la certificazione medica (ALLEGATO 3 /3BIS) consegnata ad inizio ciclo scolastico è invariata sia per il quadro clinico che per le prescrizioni farmacologiche.

☐ I sottoscritti si impegnano a consegnare tempestivamente l'ALLEGATO 3 /3 BIS in caso di variazioni sia per il quadro clinico che per le prescrizioni farmacologiche.

Data .....
FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI

.....

.....

RISERVATO ALL'UFFICIO

VISTO: si autorizza

Villanova Mondovì; _____ IL DIRIGENTE SCOLASTICO