

Allegato 1-1 bis

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO
RICHIESTA AL DIRETTORE DELL'AGENZIA FORMATIVA**

Al Dirigente scolastico
Al Direttore
dell'agenzia formativa

Il/i sottoscritto/i

genitore/i affidatario/i – tutore/i
dell'alunno/a

frequentante il corso _____
dell'agenzia formativa _____

nell'anno formativo _____
Telefono fisso _____ cellulare _____ (genitore/i)

E-mail _____ **(genitore)**

vista la specifica patologia dell'alunno: _____

Richiede/ono

- La somministrazione di farmaci in orario formativo
L'intervento

specifico: _____

- L'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto somministrazione e/o nell'intervento specifico

Allega:

Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data _____

FIRMA del/i genitore/i/tutore
