Ministero della Pubblica Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO DI AVIGLIANA
Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 3 – 10051 AVIGLIANA (TO) - C.M. TOIC8AG00R - C.F. 95616040010
Tel. 011/9328041 – 011/ 9328771 e-mail: toic8ag00r@istruzione.it

Allegato 1
RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Romana GUMA
I.C. AVIGLIANA

I sottoscritti
.....

genitori 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:

.....

.....

Richiedono

- ■ La somministrazione di farmaci in orario scolastico
- ■ L'intervento specifico.....
- ■L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

Avigliana _____
(data)

FIRMA dei genitori/tutore