

**RICHIESTA DEI GENITORI AL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO**

Al Dirigente Scolastico/Coordinatore Didattico/Responsabile Pedagogico

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo

Nido/Scuola d'infanzia

\_\_\_\_\_

I sottoscritti genitori (devono compilare e firmare entrambi)

Signor/a ..... nato il ..... a .....

Signor/a ..... nato il ..... a .....

Genitori/Tutori del minore ..... nato il ..... a .....

iscritto per l'anno scolastico ..... presso la scuola/nido/materna..... classe/sezione.....

vista la specifica patologia del minore \_\_\_\_\_

*(riportare la diagnosi)*

**chiedono a Codesta Direzione di attivare la procedura per:**

*Barrare la/e voce/i che interessa/no specificando nome del farmaco/intervento*

- la somministrazione del/i farmaco/i.....
- l'intervento specifico.....
- .....
- l'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto-somministrazione del farmaco .....
- l'affiancamento e/o la vigilanza dell'intervento di .....  
realizzato dallo stesso minore

COME

**1° ATTIVAZIONE**

**AGGIORNAMENTO TERAPEUTICO**

E ALLEGANO

PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE MEDICA ATTESTANTE LA TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO E/O L'INTERVENTO SPECIFICO NECESSARIO IN ORARIO SCOLASTICO

Nome del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale del minore

.....

E DICHIARANO DI ESSERE COSTANTEMENTE RAGGIUNGIBILI AI SEGUENTI RECAPITI

*riportare il numero di telefono cellulare di entrambi i Genitori*

.....

Data, \_\_\_\_\_

**FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI**

\_\_\_\_\_