

RICHIESTA/DICHIARAZIONE DEI GENITORI AL DIRIGENTE /COORDINATORE

Al Dirigente/Coordinatore

Dr./Dr.ssa _____

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/Circolo Pedagogico

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.....

Indirizzo sede frequentata dal minore

vista la specifica patologia del minore _____ *(riportare la diagnosi)*

DICHIARANO

di essere stati adeguatamente informati dal Dirigente/Coordinatore/Referente sui contenuti dell'Accordo Inter-Istituzionale, di aver preso direttamente visione dell'Accordo, e di averne compreso e accettato tutte le condizioni previste; pertanto

CHIEDONO a Codesta Direzione di attivare la procedura per :

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

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

COME

- ☐ 1° ATTIVAZIONE ☐ AGGIORNAMENTO TERAPEUTICO ☐ SOSTITUZIONE TUTOR

E ALLEGANO ALLEGATO 3 - PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE MEDICA

ATTESTANTE

LA TERAPIA FARMACOLOGICA RICHIESTA

E/O

L'INTERVENTO SPECIFICO NECESSARIO IN ORARIO SCOLASTICO

NOME del MEDICO CURANTE DEL MINORE:

- ☐ Pediatra Libera Scelta ☐ Medico Medicina Generale ☐ Medico ISI (per i soggetti con tessera STP/ENI)

ALLEGANO ANCHE

***I PROPRI DOCUMENTI DI IDENTITA' E LA TESSERA SSN/ENI/STP DEL MINORE in corso di validità,
E DICHIARANO DI ESSERE COSTANTEMENTE RAGGIUNGIBILI AI SEGUENTI RECAPITI TELEFONICI***

FIRMA LEGGIBILE E NUMERO DI TELEFONO DI CIASCUN GENITORE

Data, _____