C:\Programmi\File comuni\Microsoft Shared\Clipart\themes1\Bullets\BD14514_.GIF La somministrazione di farmaci in orario formativo

C:\Programmi\File comuni\Microsoft Shared\Clipart\themes1\Bullets\BD14514_.GIF L’intervento specifico:............................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

C:\Programmi\File comuni\Microsoft Shared\Clipart\themes1\Bullets\BD14514_.GIF L’affiancamento e/o la vigilanza nell’autosomministrazione e/o nell’intervento specifico

Barrare la voce che interessa

Allega:

* certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l’intervento specifico necessario

AI Dirigente Scolastico

Dell’I.I.S. “P.Boselli”

Via Montecuccoli,12

10121 - TORINO

|  |
| --- |
| Il /i sottoscritto/i  ...........................................................................……………………………………………………  ...........................................................................…………………………………………………..  genitore/i affidatario/i- tutore/i  dell'alunno/a  ..........................................................................…………………………………………………...  frequentante il corso.........................................…………………………………………………….  della Sede di Via .......................................……………………………………………………  ...........................................................................………………………………………………………  nell'anno scolastico............................................………………………………………………………  Telefono fisso......................................................    Telefono cellulare................................................  ............................................................................. |

**Allegato 1 bis**

vista la specifica patologia dell'alunno: ........................................................................................................

......................................................................................................................................................................

Richiede/ono

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutore