

Allegato AF

Al Dirigente Scolastico

Scuola _____

Via _____

I sottoscritti: _____

genitori di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola di: _____

CHIEDONO

- sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica
- di utilizzare i seguenti dispositivi: mascherina chirurgica/visiera trasparente (...altro)

S'impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.
Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici: _____

Firma *

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.