

ISTITUTO COMPRESIVO STATALE C.T. BELLINI - NOVARA

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara

Codice Fiscale: 94062750032 - Codice Meccanografico: NOIC82300L

Tel. 0321 692625 - Sito web: www.istitutocomprensivobellini.edu.itE-mail: noic82300l@istruzione.it - PEC: noic82300l@pec.istruzione.it**Allegato 1/1bis****RICHIESTA dei GENITORI al Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico/Direttore Agenzia formativa**

Prof. RICCARDO MAROLA

Istituto Comprensivo C. T. BELLINI

I sottoscritti (padre) (madre)

in qualità di Genitori/Tutori del minore iscritto per l'anno scolastico

presso la scuola/nido/materna..... classe/sezione

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

chiedono:

- l'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto-somministrazione del farmaco e/o nell'autoesecuzione dell'intervento in orario scolastico.
- la somministrazione del farmaco/l'esecuzione dell'intervento in orario scolastico;
- la richiesta il rinnovo dell'autorizzazione alla somministrazione del farmaco/l'esecuzione dell'intervento in orario scolastico; all'uopo dichiarano:

1) che considerati gli atti depositati presso I.C./Istituto Scolastico ai sensi del D.G.R. 50-7641 con nota prot. n. _____ del _____ relativi alla minore stessa **con la presente rinnovano formalmente l'atto di delega nei confronti del personale scolastico precedentemente delegato e autorizzato** con atto nota prot. n del _____ del Direttore del Distretto Sanitario competente

2) che il piano terapeutico/intervento/i assistenziale/i richiesti non sono variati rispetto a quanto prescritto e richiesto per gli anni scolastici precedenti frequentati presso lo stesso plesso. A tal fine

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE C.T. BELLINI - NOVARA

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara

Codice Fiscale: 94062750032 - Codice Meccanografico: NOIC82300L

Tel. 0321 692625 - Sito web: www.istitutocomprensivobellini.edu.it

E-mail: noic82300l@istruzione.it - PEC: noic82300l@pec.istruzione.it

allegano specifica certificazione/prescrizione medica.

3) che provvederanno ad inoltrare tempestivamente al Dirigente Scolastico, attraverso la documentazione medica (all. 3-3bis) ogni variazione del piano prescrittivo precedentemente consegnato.

Data, _____

FIRMA GENITORI (o tutore)

.....

.....