

Allegato 1 bis
RICHIESTA AL DIRETTORE DELL'AGENZIA FORMATIVA

Al Direttore
dell'Agenzia formativa

Il /i sottoscritto/i

.....

genitore/i affidatario/i- tutore/i
dell'alunno/a

.....

frequentante il corso.....

dell'Agenzia formativa.....

.....

nell'anno formativo.....

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

.....

vista la specifica patologia dell'alunno:

.....

Richiede/ono

La somministrazione di farmaci in orario formativo

L'intervento specifico:.....

.....

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

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutore

