

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Via Acquaregna, 112 - 00019 Tivoli

ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI I - TIVOLI CENTRO**SCRIVERE IN STAMPATELLO**

PIANO INDIVIDUALE DI INTERVENTO ANNO SCOLASTICO ____/____

Alunno/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ in

via _____, frequentante la classe _____ sez. _____

della scuola ☐ INFANZIA ☐ PRIMARIA ☐ SECONDARIA I°☐ Plesso Sandro Pertini ☐ Plesso Don Nello del Raso ☐ Plesso E. Segré ☐ Plesso Braschi

Il pediatra/medico curante ASL dichiara che l'alunno/a necessita della somministrazione del farmaco _____ durante l'orario scolastico per i seguenti motivi: _____

Descrizione dei sintomi per i quali occorre al bisogno ☐ somministrare ☐ autosomministrare il farmaco secondo l'allegata autorizzazione medica : _____

Modalità di intervento personalizzato: _____

Eventuali note: _____

TIVOLI, _____

Firma e timbro del medico curante**Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà**

Si allega:

- Prescrizione del medico
- Numeri di telefono utili:
Pediatra ASL di libera scelta/Medico curante _____