

Allegato 1

Al dirigente scolastico dell'IIS Majorana di Torino

**DICHIARAZIONE STATO DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/i – affidatario/i – tutore/i dello studente/essa  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'istituto, sezione  
scientifica/tecnica nell'anno scolastico \_\_\_\_\_,

telefono fisso \_\_\_\_\_

telefono mobile \_\_\_\_\_,

vista la specifica patologia dello/a studente/essa \_\_\_\_\_

richiede/ono

la somministrazione di farmaci in orario scolastico

l'intervento specifico: \_\_\_\_\_

l'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

Allega:

certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_