

Al Dirigente Scolastico /Direttore Agenzia Formativa)Prof. \_\_\_\_\_

Direzione Didattica /Istituto/Agenzia \_\_\_\_\_

I sottoscritti (padre) \_\_\_\_\_ e (madre) \_\_\_\_\_

in qualità di Genitori/Tutori del minore. \_\_\_\_\_

iscritto per l'anno scolastico. \_\_\_\_\_ presso la scuola/l'istituto/agenzia. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ classe/sezione \_\_\_\_\_

**chiedono a codesta Direzione:**

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome :

qualifica

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da certificazione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, **delegano formalmente** il personale scolastico o dell'agenzia formativa in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento.

*Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)*

**SI**

**NO**

In fede (firma padre) \_\_\_\_\_ (firma madre) \_\_\_\_\_

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Luogo. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Genitore (padre). \_\_\_\_\_

- Genitore (madre) \_\_\_\_\_

- **Altri numeri utili** \_\_\_\_\_