

Al Dirigente scolastico
Al Direttore
dell'agenzia formativa

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** _____