

**Al Dirigente Scolastico Giuseppe BRUNO
Istituto Comprensivo Beinasco-Gramsci**

Il sottoscritto personale scolastico

	cognome e nome	qualifica
1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Chiede

- di seguire il percorso di formazione/addestramento, gestito dall'A.S.L. 3

per l'esecuzione dell'intervento in orario scolastico relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno

iscritto per l'anno scolastico
 presso l'Istituto Comprensivo Beinasco Gramsci classe sezione plesso così
 come da prescrizione medica agli atti della scuola.

In fede

In relazione a quanto sopra acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03.

In fede

Beinasco, li