

Allegato 2

RICHIESTA/DELEGA

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
