

**RICHIESTA/DELEGA**

Al Dirigente Scolastico
Dott.ssa Silvana APPENDINO
dell'Istituto Comprensivo di Vinovo

I sottoscritti:

(genitore 1) _____

(genitore 2) _____

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 genitore 1)_____ (firma genitore 2)_____

(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 1 _____
- Genitore 2 _____
- Altri numeri utili _____