Allegato 2
RICHIESTA / AUTORIZZAZIONE

Al Dirigente Scolastico Dott.ssa Patrizia CIAMPÀ
Istituto Comprensivo di CASTIGLIONE TORINESE

I sottoscritti (padre) ……..…… e (madre) ……..
in qualità di genitori/tutori del minore …….. iscritto per l'anno scolastico …….. presso la Scuola …… classe / sezione ……..

chiedono a codesto Istituto Comprensivo:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

	cognome e nome	*qualifica*
1)	……	…….
2)	……	…….
3)	……	…….
4)	……	…….

a seguire il percorso di formazione /addestramento, gestito da

……..

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 prescrizione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente delegano ed autorizzano formalmente il personale scolastico in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del 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:
- Medico curante (PLS/MMG) ……..
- Genitore (padre) …….…….
- Genitore (madre) …….
- Altri numeri utili …….