

I sottoscritti (padre)..... e (madre).....  
in qualità di Genitori/Tutori del minore.....  
iscritto per l'anno scolastico.....presso la scuola.....  
classe/sezione.....

CHIEDONO

- di autorizzare il seguente personale scolastico:  
cognome e nome

qualifica

- |          |       |
|----------|-------|
| 1) ..... | ..... |
| 2) ..... | ..... |
| 3) ..... | ..... |
| 4) ..... | ..... |
| 5) ..... | ..... |
| 6) ..... | ..... |

- 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 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) e del Regolamento UE n. 679/2016

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.....