

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA Dott.ssa Enrica BOSIO
ISTITUTO COMPRENSIVO DI AVIGLIANA
Via Cavalieri di Vittorio Veneto,3 – 10051 Avigliana (TO)

I sottoscritti
(cognome e nome del padre e della madre)

in qualità di Genitori/Tutori del minore

iscritto per l'anno scolastico presso la scuola primaria/dell'infanzia

classe/sezione

CHIEDONO A CODESTO ISTITUTO:

- **di autorizzare** il seguente personale scolastico:
cognome e nome

profilo professionale

1)

2)

3)

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 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 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):

Sì

NO

(barrare la voce che interessa)

Numeri di telefono utili:

- Medico curante (PLS/MMG)

- Genitore (padre)

- Genitore (madre)

- Altri numeri utili (specificare di chi)

Luogo e data .

In fede.

Firma del padre

Firma della 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 (cognome e nome)

Luogo e data

Firma