

**Allegato 2 RICHIESTA/DELEGA**

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Cuneo-Oltrestura  
12100 CUNEO

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

chiedono a codesta Direzione:

di autorizzare il seguente personale scolastico:

COGNOME E NOME	QUALIFICA
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

- 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 \_\_\_\_\_