



ISTITUTO COMPRENSIVO DI CANALE
Viale del Pesco, 6 – 12043 CANALE CN – Tel./Fax 0173 979115
e-mail: comprensivo.canale@gmail.com
cnic82200q@pec.istruzione.it
www.iccanale.edu.it

Allegato 2

RICHIESTA/DELEGA

I sottoscritti (padre).....

e (madre)

in qualità di Genitori/Tutori del minore

.....

iscritto per l'anno scolastico.....presso il plesso di

.....

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 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.....