

## RICHIESTA/DELEGA

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Villanova d'Asti**

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

chiedono a codesto Istituto:

di autorizzare il seguente personale scolastico:

	cognome e nome	Qualifica
1)	.....	.....
2)	.....	.....
3)	.....	.....
4)	.....	.....
5)	.....	.....

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 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 rilevare lo stato di salute delle persone)

**SI'**

**NO**

In fede (firma padre)..... In fede (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 .....

Numeri di telefono utili:

- Genitore (padre) .....
- Genitore (madre) .....
- Altri numeri utili .....