Allegato 2 **RICHIESTA/DELEGA**

Al Dirigente Scolastico /Direttore Agenzia Formativa)Prof.....

Direzione Didattica /Istituto/Agenzia.....

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