

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO / DIRETTORE AGENZIA FORMATIVA**

Al Dirigente Scolastico  
\_\_\_\_\_

Il /i sottoscritto/i .....

genitore/i affidatario/i- tutore/i dell'alunno/a .....

frequentante la classe.....

della scuola.....

nell'anno scolastico.....

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

vista la specifica patologia dell'alunno: .....

**Richiede/ono**

■ La somministrazione di farmaci in orario scolastico

■ L'intervento specifico.....

■ L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

(Barrare la/e voce/i che interessa/no)

Allega:

– certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l'intervento specifico necessario  
Al Dirigente Scolastico

Data \_\_\_\_\_

FIRMA del/i genitore/i/tutore

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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)

SÌ

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.....