ISTITUTO COMPRENSIVO DI AVIGLIANA
Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 3 – 10051 AVIGLIANA (TO) - C.M. TOIC8AG00R - C.F. 95616040010
Tel. 0119328041 /0119328771 e-mail: toic8ag00r@istruzione.it

Allegato 2

RICHIESTA/DELEGA

Al Dirigente Scolastico Dott.ssa Romana GUMA

Al Direttore Agenzia formativa

I sottoscritti (padre) _____ e (madre) _____

in qualità di Genitori/Tutori del minore _____

iscritto per l'anno scolastico 2025/2026 presso la Scuola _____

classe/sez.__

chiedono a codesta Direzione:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome	**qualifica**
•	Docenti
•	Collaboratori scolastici

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.....