



## ISTITUTO COMPRENSIVO PINEROLO V CUMIANA

ALLEGATO 3

### RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti (padre) \_\_\_\_\_ e (madre) \_\_\_\_\_  
in qualità di Genitori/Tutori del minore \_\_\_\_\_  
iscritto per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ presso la scuola/l'istituto \_\_\_\_\_ 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 formazione/addestramento, gestito da** \_\_\_\_\_  
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 prescrizione medica in allegato.

**I sottoscritti con la presente, delegano ed autorizzano formalmente il personale scolastico in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del 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:

Medico curante (PLS/MMG)	
Genitore (madre)	
Genitore (padre)	
Altri numeri utili	

ALLEGATO 3\_ RICHIESTA AUTORIZZAZIONE