**Allegato 2**  **RICHIESTA/DELEGA**

Al Dirigente Scolastico

Dell’I.I.S. “P. Boselli”

Via Montecuccoli,12

10121 - TORINO

I sottoscritti (padre)................................................ e (madre)...........................................................

in qualità di Genitori/Tutori del minore.................................................................................................

iscritto per l’anno scolastico...........................presso la sede di via .................................

.............................................................................................................................................................

classe/sezione................................................................

chiedono al Dirigente Scolastico 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

...........................................................

data..........................................

Numeri di telefono utili:

* Genitore (padre)............................................................
* Genitore (madre)...........................................................

- Altri numeri utili.............................................................