

.Allegato 2

RICHIESTA/DELEGA/LIBERATORIA

Al Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico – Dr.

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/Nido/Scuola d'infanzia

I sottoscritti (padre) (madre)

in qualità di Genitori/Tutori del minore iscritto per l'anno scolastico

presso la scuola/nido/materna..... classe/sezione

chiedono a Codesta Direzione:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome

qualifica

1)

2)

3)

4)

5)

a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per la somministrazione farmaco/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, la somministrazione farmaco/esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico,

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 della normativa vigente in materia (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare anche lo stato di salute);

- ***autorizzano all'attivazione della rete territoriale/ospedaliera*** da parte dei servizi sanitari coinvolti, al fine di garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi erogati al minore.

In fede (firma padre) (firma madre)

In caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare

Il sottoscritto genitore del minore

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: PADRE MADRE

Altri numeri utili