



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA DELEGA AL  
PERSONALE SCOLASTICO PER INTERVENTI DI  
TERAPIA MEDICA**

**Mod. AS 13**

Pagina 1 di 1

Al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i .....

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

frequentante la classe.....di codesto Istituto nel corrente anno scolastico

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

.....

Richiede/ono

- 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 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.

Esclusivamente ai fini dell'organizzazione e dell'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, 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

Novara, \_\_\_\_\_

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.....

Numeri di telefono utili: .....