**Allegato 2**

**RICHIESTA/DELEGA**

Al Dirigente Scolastico /Direttore Agenzia Formativa) Prof......................................................................................

Direzione Didattica /Istituto/Agenzia........................................................................................................................

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

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

iscritto per l’anno scolastico............................presso la scuola/l’istituto/agenzia..................................................

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

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 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) .................................................