

**ISTITUTO COMPRENSIVO "PIERO FORNARA"**

Via Ettore Piazza, 5 - 28064 Carpignano Sesia (NO) – tel. +39 0321 825185

<https://www.iccarpignanosesia.edu.it/>

[noic80700p@istruzione.it](mailto:noic80700p@istruzione.it) – [noic80700p@pec.istruzione.it](mailto:noic80700p@pec.istruzione.it)

**COD. NOIC80700P | C.F. 80015590039 | Codice Univoco UFAUSI**



**FUTURA**  **LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI**



**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 |
|----------------|-----------|
|                |           |
|                |           |
|                |           |
|                |           |

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;

ad 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.

**ISTITUTO COMPRENSIVO "PIERO FORNARA"**

Via Ettore Piazza, 5 - 28064 Carpignano Sesia (NO) – tel. +39 0321 825185

<https://www.iccarpignanosesia.edu.it/>

[noic80700p@istruzione.it](mailto:noic80700p@istruzione.it) – [noic80700p@pec.istruzione.it](mailto:noic80700p@pec.istruzione.it)

**COD. NOIC80700P | C.F. 80015590039 | Codice Univoco UFAUSI**



**FUTURA**  **LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI**



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 \_\_\_\_\_

luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Genitore (padre) \_\_\_\_\_

- Genitore (madre) \_\_\_\_\_

- Altri numeri utili \_\_\_\_\_