

## 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

ALLEGATO 2 ex DGR 50-7641/2014

### Richiesta/delega/liberatoria (inviarne copia all'ASL Novara)

Al Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico o del personale/Direttore Agenzia formativa

Dr. ....

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/Nido/Scuola d'infanzia/Agenzia/Altro.....

I sottoscritti (padre) .....(madre).....in qualità di Genitori/Tutori del  
minore ..... iscritto per l'anno scolastico.....presso la  
Scuola/Nido/Ag.Formativa. ....sede..... classe/sezione  
.....

chiedono a Codesta Direzione:

- di autorizzare il seguente personale scolastico\altro.....:

|    | Cognome                       | Nome | Qualifica | e mail | Firma |
|----|-------------------------------|------|-----------|--------|-------|
| 1) | ...../...../...../...../..... |      |           |        |       |
| 2) | ...../...../...../...../..... |      |           |        |       |
| 3) | ...../...../...../...../..... |      |           |        |       |
| 4) | ...../...../...../...../..... |      |           |        |       |
| 5) | ...../...../...../...../..... |      |           |        |       |
| 6) | ...../...../...../...../..... |      |           |        |       |
| 7) | ...../...../...../...../..... |      |           |        |       |
| 8) | ...../...../...../...../..... |      |           |        |       |

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;

## 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

- 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 e autorizzano ad informarne il personale in elenco**, 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
- ( ) **acconsentono** ( ) **NON acconsentono all'erogazione della formazione in sessione condivisa in risposta ai bisogni di altro/i studente/i con la stessa patologia.**

In fede (firma padre) ..... (firma

madre) .....

Numeri di telefono utili: PADRE .....

MADRE .....

Altri numeri utili .....

### In caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare

Il sottoscritto ..... genitore\tutore del minore.....

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore assente.

FIRMA .....

Luogo ..... Data .....