

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 (genitore 1)(genitore 2)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 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, e a tale scopo,
- di autorizzare il personale scolastico \altro.....in elenco 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;

Cognome Nome Qualifica e mail

1)/...../.....

CODICE FISCALE.....Firma

2)/...../.....

CODICE FISCALE.....Firma

3)/...../.....

CODICE FISCALE.....Firma

4)/...../.....

CODICE FISCALE.....Firma

5)/...../.....

CODICE FISCALE.....Firma

6)/...../.....

CODICE FISCALE.....Firma

7)/...../.....

CODICE FISCALE.....Firma

8)/...../.....

CODICE FISCALE.....Firma

9)/...../.....

CODICE FISCALE.....Firma

10)/...../.....

CODICE FISCALE.....Firma

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 genitore 1)

(firma genitore 2)

Numeri di telefono utili: genitore 1

genitore 2.....

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