

RICHIESTA/DELEGA/LIBERATORIA DEI GENITORI

Al Dirigente Scolastico/Coordinatore Pedagogico/Didattico
 Dr./Dr.ssa _____
 Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/Circolo Pedagogico

I sottoscritti genitori (**devono compilare e firmare entrambi**)

Signor/a nato il a

Signor/a nato il a

Genitori/Tutori del minore nato il..... a

a seguito di richiesta di attivazione della procedura, come da All.1, **chiedono a Codesta Direzione:**

a) di autorizzare il seguente personale scolastico:

COGNOME E NOME <small>COMPLETO, CORRETTO E PERFETTAMENTE CORRISPONDENTE A QUELLO REGISTRATO SUL RELATIVO ATTESTATO DELLA FORMAZIONE GENERALE ONLINE</small>	QUALIFICA
1)
2)
3)
4)

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/certificazione medica in allegato;

b) 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 del minore.

I sottoscritti, con la presente:

- **acconsentono** affinché il percorso di addestramento pratico del personale sopra elencato avvenga in modalità di gruppo, con personale scolastico di altri istituti coinvolti sulla gestione di casi simili, salvo diversa indicazione espressa dal personale sanitario formatore;
- **delegano formalmente** il personale scolastico sopra elencato all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento e **nel rispetto della prescrizione medica**;
- **acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili** 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;
- **sono consapevoli** di poter revocare il presente consenso e la presente delega in qualsiasi momento, dandone formale comunicazione al Dirigente Scolastico/Coordinatore Pedagogico/Didattico;
- **allegano copia dei rispettivi documenti di identità e copia del documento sanitario del minore (tessera sanitaria o tessera STP o tessera ENI), in corso di validità.**

Firma di **entrambi** i genitori..... e

In caso di genitore solo, cioè giuridicamente unico esercente la responsabilità genitoriale (es. genitore vedovo, nucleo monoparentale, ecc.), deve essere compilato anche l'All. 2/B.

Data

DELEGA RECIPROCA DI CIASCUN GENITORE ALL'ALTRO GENITORE

Il sottoscritto _____ nato a _____ in data _____

in qualità di genitore del minore _____

che frequenta la scuola/comunità infantile _____

sita in Torino, via/p.za _____ n° _____ nella sezione/classe _____

a seguito dell'attivazione della procedura, ai sensi della DGR 50-7641/2014, per la gestione dei bisogni speciali del minore in orario scolastico,

*delega l'altro genitore, Sig./Sig.ra _____
ad assumere tutte le decisioni e a svolgere tutte le attività di competenza e responsabilità genitoriale, necessarie e richieste durante l'intero percorso di presa in carico del minore in orario scolastico, concordato tra Istituzioni Scolastiche/Educative e ASL Città di Torino, per l'anno scolastico in corso.
A tal fine allega copia del proprio documento di identità n. _____ in corso di validità.*

FIRMA GENITORE 1

DATA, _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ in data _____

in qualità di genitore del minore _____

che frequenta la scuola/comunità infantile _____

sita in Torino, via/p.za _____ n° _____ nella sezione/classe _____

a seguito dell'attivazione della procedura, ai sensi della DGR 50-7641/2014, per la gestione dei bisogni speciali del minore in orario scolastico,

*delega l'altro genitore, Sig./Sig.ra _____
ad assumere tutte le decisioni e a svolgere tutte le attività di competenza e responsabilità genitoriale, necessarie e richieste durante l'intero percorso di presa in carico del minore in orario scolastico, concordato tra Istituzioni Scolastiche/Educative e ASL Città di Torino, per l'anno scolastico in corso.
A tal fine allega copia del proprio documento di identità n. _____ in corso di validità.*

FIRMA GENITORE 2

DATA, _____

DICHIARAZIONE DEL GENITORE SOLO/UNICO FIRMATARIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
genitore del minore _____ nato a _____ il _____
che frequenta il Nido/Scuola/Istituto _____
sito in Torino, via/P.zza _____ n° _____ nella sezione/classe _____

a seguito dell'attivazione della procedura, ai sensi della DGR 50-7641/2014, per la gestione dei bisogni speciali del minore in orario scolastico,

consapevole delle implicazioni anche penali di una falsa dichiarazione

dichiara sotto la propria responsabilità:

- che **l'altro genitore è assente/NON esercente la responsabilità genitoriale**, e che quindi le decisioni inerenti lo svolgimento di tutte le attività di competenza e responsabilità genitoriale, necessarie e richieste durante l'intero percorso di presa in carico del minore in orario scolastico, concordato tra Scuola e ASL Città di Torino, per l'anno scolastico in corso, sono in capo al solo genitore di seguito firmatario

OPPURE

- che **l'altro genitore è assolutamente irraggiungibile e/o impossibilitato a firmare, per incapacità o altro impedimento**, e che le decisioni inerenti lo svolgimento di tutte le attività di competenza e responsabilità genitoriale, necessarie e richieste durante l'intero percorso di presa in carico del minore in orario scolastico, concordato tra Scuola e ASL Città di Torino per l'anno scolastico in corso, sono assunte dal genitore firmatario anche a nome dell'altro genitore;

allega copia del proprio documento di identità

n. _____ in corso di validità.

FIRMA GENITORE _____

Data, _____