



Prot. in **entrata** n. _____ del _____

Prot. in **uscita** n. _____ del _____

**RICHIEDA DI RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE
FARMACI/INTERVENTI ASSISTENZIALI SPECIFICI**

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno/a _____ nato/a _____ il _____
iscritto/a alla classe _____ sez _____ plesso _____
considerati gli atti depositati presso I.C./Istituto Scolastico ai sensi del D.G.R. 50-7641 con
nota prot. n. _____ del _____ relativi al minore _____

dichiarano

- 1) ***che il piano terapeutico/intervento/i assistenziale/i richiesti non sono variati rispetto a quanto prescritto e richiesto per gli anni scolastici _____***
- 2) ***che provvederanno ad inoltrare tempestivamente al Dirigente Scolastico, attraverso la documentazione medica (all. 3-3bis) ogni variazione del piano prescrittivo precedentemente consegnato.***

I sottoscritti con la presente **rinnovano formalmente l'atto di delega** nei confronti del personale scolastico precedentemente delegato e autorizzato con atto nota prot. n. _____ del _____ del Direttore del Distretto Sanitario competente.

Firma (genitore 1)

Firma (genitore 2)

La/il sottoscritto _____ in qualità di Dirigente Scolastico

dell'IC/Istituto Scolastico di _____

Dichiaro/a il rinnovo della disponibilità del personale scolastico sottoelencato

ad eseguire gli interventi specifici richiesti e a seguire/aggiornare i percorsi formativi previsti.

COGNOME E NOME Firma

COGNOME E NOME Firma

COGNOME E NOME Firma

COGNOME E NOME Firma

COGNOME E NOME Firma

COGNOME E NOME Firma

COGNOME E NOME Firma

COGNOME E NOME Firma

COGNOME E NOME Firma

COGNOME E NOME Firma

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/DIRETTORE DELL'AGENZIA FORMATIVA

.....