



**ISTITUTO COMPRESIVO DI POIRINO**

**10046 POIRINO (Torino)**

C.so Fiume, 77

Tel. 011/9450223 - 011/9430590

e-mail [toic857007@istruzione.it](mailto:toic857007@istruzione.it) [toic857007@pec.istruzione.it](mailto:toic857007@pec.istruzione.it)

sito [www.icpoirino.edu.it](http://www.icpoirino.edu.it)

COD. FISC. 94043160012 codice univoco ufficio UFHSLE



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia  
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

UNIONE EUROPEA  
FONDI STRUTTURALI EUROPEI  
pon 2014-2020  
PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO - FESR

**Spett.le ASL.TO 5**

**CHIERI**

Allegato13

Prot. in **entrata** n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Prot. in **uscita** n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**D.G.R. 50 – 7641 del 21/05/2014**

**Oggetto: Richiesta 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 (padre) .....

firma (madre) .....

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 .....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Emanuela SMERIGLIO