

Allegato n.2

Richiesta per la autorizzazione al controllo glicemico e alla terapia insulinica in ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio educativo/Comunità
Nome.....
Via.....
Località.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....
genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....
nato ail.....
residente ain Via.....
che frequenta la classe sez
della scuola

CHIEDO

- di accedere alla sede scolastica per eseguire la determinazione glicemica e la terapia insulinica a mio/mia figlio/a
- che il/la/sig/ra _____ da me formalmente delegato/a possa accedere alla sede scolastica per somministrare la terapia a mio figlio/a

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:
famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale