

CONSENSO ALLA RICHIESTA DI OPERATORE
Servizio Integrazione Scolastica
Azienda ULSS 9 Scaligera
Sede di Bussolengo

(da compilare in modo leggibile in ogni parte e allegare alla richiesta della scuola)

Il/la sottoscritto/a _____
comune di residenza _____
indirizzo _____
Telefono / cellulare* _____
genitore dell'**alunno** _____
nato/a il _____
C.F. _____

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

- alla richiesta di assegnazione di operatore socio sanitario per l'anno scolastico 2017/2018 per l'alunno/a suddetto/a
- al trattamento e gestione dei dati personali relativi all'alunno/a in base al D.Lgs. 196/03 per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione

A tal fine

DICHIARA

- di aver preso visione della richiesta di operatore socio sanitario presentata dalla Scuola di frequenza dell'alunno
- di essere in possesso del verbale di accertamento per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap rilasciato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (qualora si tratti di prima certificazione o rinnovo UVMD)
- di essere in possesso della certificazione rilasciata dal medico specialista di struttura pubblica o convenzionata che richieda la figura dell'operatore socio sanitario

ALLEGA INOLTRE

- il verbale commissione medica per l'accertamento dell'handicap (legge n 104/1992)

Data _____

Firma _____

* indicare ogni riferimento telefonico utile ai fini della rintracciabilità dei genitori e/o tutori per comunicazioni di servizio