

**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