**AUTORIZZAZIONE CAMBIO PANNOLINO**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti .................................................................... ..................................................................... genitori di .................................................................. nato a ......................................... il .............. residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe .......... della Scuola I.C. Macerata Campania - Plesso ............................................. sito a ................................................. in Via .........................................................................................

Essendo il minore effetto da …........................................................ e facendo il medesimo uso del pannolino, constatata l'assoluta necessità in ambito ed orario scolastico di procedere al cambio del stesso

**AUTORIZZANO**

I Collaboratori Scolastici…………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………, in servizio presso il Plesso ad effettuare, all’occorrenza ed, ove necessario, il cambio del pannolino al proprio figlio/a.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data ........................................................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

..................................................................................

..................................................................................

Numeri di telefono utili:

Genitori ......................................... ........................................