

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"VACCAROSSÌ" DI CUNARDO**

..I.. SOTTOSCRITT.....

GENITORE DELL'ALUNN.....

ISCRITTO /A ALLA CLASSE.....SEZ.....A.S.....

- DELLA SCUOLA: Scuola secondaria di 1° grado "Fermi"
 Scuola primaria "Vaccarossi" di Cunardo
 Scuola primaria "Grandi" di Ganna
 Scuola dell'infanzia di Ferrera

D I C H I A R A

DI PRESENTARE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE MEDICA RELATIVA

ALPROPRI.....FIGLI....

Certificazione / **Diagnosi**

Aggiornamento:

ai sensi della legge 170 (DSA : disgrafia, disortografia, discalculia dislessia)

clinico funzionale rilasciata da

.....
ai sensi della Legge 104 (PDH)

clinico funzionale rilasciata da

.....
ai sensi del D.M. del 27/12/12 (BES) Bisogni educativi speciali

clinico funzionale rilasciata da

.....
Relazioni mediche

rilasciata da

.....
Chiede, altresì, che la scuola avanzi / non avanzi alle amministrazioni competenti richiesta di un insegnante di sostegno per...I...proprio/a figlio/a.

Autorizzo la trasmissione del fascicolo personale comprensivo di tutti i dati e la documentazione presente;

Non autorizzo;

Si dichiara che il trattamento dei dati personali segue la normativa vigente D.lgs 196/2003 e Regolamento Europeo 2016/679.

Data,

Firma.....