

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell'Istituto Istruzione Superiore "Sciascia"

OGGETTO: Liberatoria per la comunicazione dei dati relativi alla diagnosi di D.S.A. o BES con certificazione sanitaria a tutti i componenti del team docenti / Consiglio di Classe e al personale di segreteria.

Il/La sottoscritto/a nato/a a
..... il

e il/la sottoscritto/a nato/a a
..... il

residenti in città
..... prov.

genitori dell'alunno/a

classesez. indirizzo

con la presente autorizzano, ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali", D.L. 196/2003 nonché nel rispetto del Reg. EU 679/2016 la comunicazione dei dati della diagnosi relativa ai DSA o ai BES con certificazione sanitaria di nostro/a figlio/a a tutti i componenti del team docenti / Consiglio di Classe, inclusi i supplenti nominati per oltre una settimana e al personale di segreteria, vietandone l'uso in contesti diversi. Si autorizzano, inoltre, i docenti dei diversi ordini di scuola a scambiarsi informazioni relative all'alunno certificato in merito all'andamento scolastico e ai dati della certificazione diagnostica.

Alleghiamo alla presente copia della certificazione sopra citata.

Data

Firma/e

.....

.....