

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "ISOARDO-VANZETTI"
CENTALLO VILLAFALLETTO

Oggetto: LIBERATORIA per la comunicazione dei dati relativi a DIAGNOSI SANITARIA /VERBALE INPS a tutti i componenti del team docenti/Consiglio di Classe e al personale di segreteria.

Il/La sottoscritto/a

_____ nato/a il _____ a _____ prov. (____)

Genitore dell'alunno/a _____

nato/a il _____ a _____ prov. (____)

Iscritto/a nell'a.s. _____ alla classe _____ sez. _____

del plesso _____

Con la presente AUTORIZZA

ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali", D.L. 196/2003

- **LA COMUNICAZIONE** dei dati relativi alla DIAGNOSI FUNZIONALE / Verbale INPS del proprio figlio/a ai 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.
- **LA TRASMISSIONE** dell'intera documentazione (compresi i PEI o altra documentazione inerente la situazione dell'alunno/a) del/la proprio/a figlio/a alla scuola di destinazione nel caso di TRASFERIMENTO o iscrizione in altro istituto (passaggio di ordine di scuola).

Si allega alla presente copia della certificazione.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni NON corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

(luogo e data)

Firma: _____