|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo.bmp | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MASACCIO"**- ARIC827001 -Viale Gramsci, 57 - 52027 SAN GIOVANNI VALDARNO (AR)**Tel.** 0559126120www.icmasaccio.edu.it **p.e.o.** aric827001@istruzione.it -  **p.e.c**. aric827001@pec.istruzione.it **c.f.** 81003770518  |  |

Al Dirigente Scolastico

…....

**OGGETTO: Liberatoria per la comunicazione dei dati relativi alla diagnosi di D.S.A. o BES con certificazione sanitaria ai 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 ...…………………………………………………..

classe …… sez. …... plesso ………………...………………………….

**con la presente autorizzano**, **ai sensi del “Codice in materia di protezione dei dati personali”, D.l. 196/2003 nonche' 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 d 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 certifcazione diagnostica.

Alleghiamo alla presente copia della certificazione sopra citata.

Data ……………………………

Firma/e

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………..