

ISTITUTO OMNICOMPRESIVO

“PESTALOZZI”

Villaggio S. Agata zona A – 95121 CATANIA – Tel.095454566 - Fax 095260625

ATTO DI CONSENSO/DISSENSO

DEGLI ESERCENTI LA POTESTÁ PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE DELL'ALUNNO

Il/La sottoscritto/a _____ genitore

dell' alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

tel. _____ frequentante la classe _____ sez. _____ di:

SCUOLA DELL' INFANZIA

SCUOLA PRIMARIA

SCUOLA SECONDARIA 1° GR.

SCUOLA SECONDARIA 2° GR.

(barrare con una X la casella interessata)

DICHIARO/A

- ◆ di essere stato/a opportunamente informato/a delle difficoltà riscontrate da mio/a figlio/a durante le attività didattiche;
- ◆ della necessità di effettuare dei controlli presso il servizio di Neuropsichiatria Infantile e dei benefici che potrebbero derivarne;

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO** (barrare con una X la casella interessata)

- a che la scuola avvii la richiesta di valutazione per il/la proprio/a figlio/a;
- ad accompagnare mio/a figlio/a presso l' U. O. NPI, sita a Catania in Corso Italia, 234, per essere sottoposto ad una visita specialistica.

Data _____

Firma del Genitore

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003 in materia di trattamento e protezione dei dati personali, si informa che l'Istituto OmniComprensivo Pestalozzi, nella persona del legale rappresentante prof. Emanuele Rapisarda, quale titolare e responsabile del trattamento, si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dalla S.V. e che tutti i dati forniti saranno trattati solo per le finalità connesse e strumentali a quanto in oggetto.