

Al Dirigente Scolastico
I.C. “ G.Minzele – G.Parini “
Via Petruzzi, 18
Tel. 080/4911131
PUTIGNANO

__l__ sottoscritt__ _____, genitore
dell'alunno _____, nato a _____
il _____, frequentante la classe/sezione _____ della scuola _____
_____ dipendente da codesta Istituzione Scolastica,

- preso atto delle problematiche evidenziate dal propri__ figli__ ;
- informato sulle finalità connesse all'inoltro della presente richiesta alla AUSL competente per territorio;
- informato in ordine al fatto che l'Istituzione Scolastica tratterà i dati personali - ed in particolare quelli sensibili - relativi alla presente richiesta solo ed esclusivamente per le finalità istituzionali ad essa connesse, nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003;

chiede

che il proprio figlio venga sottoposto ad accertamenti psicodiagnostici, da parte dell'organismo preposto per legge, per l'eventuale attribuzione del sostegno pedagogico.

Allega l'impegnativa del medico curante.

Putignano, _____

In fede
