

Al Dirigente Scolastico

Dell’ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO

Di Amandola

OGGETTO: RICHIESTA DOCENTE SOSTEGNO

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ genitori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola Infanzia / Primaria/ Sec. 1 grado / Sec. 2 grado di Amandola/Montefortino/ S. Vittoria in Matenano

CHIEDONO

che il/la proprio/a figlio/a possa avvalersi, a partire per l’anno scolastico del supporto di un docente di sostegno e AUTORIZZANO il Dirigente Scolastico ad attivare la procedura per l’assegnazione.

Per le finalità legate alle attività di sostegno i sottoscritti AUTORIZZANO al trattamento dei dati personali e sensibili del proprio figlio unicamente per lo svolgimento delle attività perseguite dall’Istituto, sia interne (didattiche e amministrative) che esterne (collaborazione con Enti Locali, provinciali e regionali, Agenzie Assicurative, Enti di Formazione, Agenzie di Collocamento, Aziende), in base alle informazioni di cui all’art. 10 della Legge 675/96, ai sensi dell’art. 11 della Legge stessa e successive modificazioni, D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 art.13.

A tal fine si allega la documentazione:

* Certificato redatto dal medico specialista della ASL del comune di appartenenza;
* Diagnosi funzionale;
* Certificato attestante il possesso dell’Art 3, comma 3, legge 104/92

Luogo e data, \_

Per eventuali comunicazioni:
Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DEI GENITORI/TUTORI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (per esteso e leggibile)