

Al dirigente scolastico
Istituto Comprensivo _____

I sottoscritti

_____, nato a _____ il _____
e _____, nata a _____ il _____,
genitori/affidatari dell'alunno _____, nat_ a _____
il _____ frequentante la classe ____ sezione ____ della
☐ Scuola dell'infanzia ☐ Scuola primaria ☐ Scuola secondaria di I grado
nel plesso di _____,

COMUNICANO

le seguenti informazioni utili alla definizione della composizione del Gruppo di lavoro operativo per l'inclusione, come previsto dal D.Lgs n. 66/2017 (con le modifiche introdotte dal D.Lgs n. 96/2019) e secondo le indicazioni di cui al D.I. n. 182/2020.

	Nome	Ruolo	Telefono	Mail
ASL di riferimento: _____				
Specialista:				
Specialista:				
Specialista:				
Centro convenzionato di riferimento: _____				
Specialista:				
Specialista:				
Specialista:				
Altri specialisti privati retribuiti dalla famiglia				
Specialista:				
Specialista:				

Con la presente autorizzano l'Istituzione scolastica a tenere rapporti di collaborazione con le figure sopra indicate.

Data e luogo _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Autorizzo il trattamento dei dati personali secondo le modalità specificate nell'informativa e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D.Lgs 196/2003.
