**Al Dirigente Scolastico**

dell’I.I.S. Verona Trento Messina

**Alle Funzioni Strumentali “Area Benessere Scolastico”**

**ANNO SCOLASTICO …**

Protocollo n°

Oggetto: Autorizzazione Lettura Diagnosi e Stesura PDP

Alunno/a : Cognome……………………. Nome……………………….. Classe………….. Sez. ……………..Indirizzo…………………

Cognome e Nome di chi esercita la patria potestà:

1)Cognome.................................. Nome…………………………. Ruolo……………………….

2)Cognome………………………………..Nome…………………………..Ruolo………………………

Si allega alla presente autorizzazione Diagnosi/Certificazione/documentazione

Rilasciata in data ……………………da…………………………………………………………..

SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA

Lettura della Diagnosi/Certificazione e redazione del Piano Didattico Personalizzato (PDP) atto a favorire il successo formativo del proprio figlio/a minore

Si è consapevole/i che la diagnosi fornita è da ritenersi un dato sensibile sottoposto alla legge sulla Privacy, soggetta quindi alle forme di garanzia obbligate da tale legge.

Firma dell’esercente patria potestà Firma dell’esercente patria potestà

Messina,