



AUTORIZZAZIONE INVIO DOCUMENTAZIONE RISERVATA

I sottoscritti

.....
esercenti la responsabilità dell'alunno/a

.....
iscritto/a per l'anno scolastico/..... presso il suddetto Istituto, alla classe

☐

AUTORIZZANO la scuola:

☐

NON AUTORIZZANO la scuola:

(**NON** autorizzando **rinuncio** agli interventi in ambito scolastico previsti ai sensi della L.104/1992; L.104/1992 limitatamente al contesto scolastico, alle Linee guida 12/07/2011 relative alla L.170/2010 e alla Direttiva ministeriale del 27/12/2012 (Direttiva Profumo) e accordi nazionali successivi

a trasmettere

la documentazione dell'alunno/a, la diagnosi funzionale/ il referto clinico psicologico, il profilo dinamico funzionale e il piano educativo individualizzato/ il piano didattico personalizzato e relativi verbali e certificazioni, alla scuola di ordine e grado successivo o altro Istituto in cui si è iscritto/a.

L'alunno/a è stato iscritto/a per l'a.s. 20..... / 20..... alla seguente scuola:

.....

Firma degli esercenti la responsabilità genitoriale¹

.....
L'alunno/a maggiorenne

.....
Data

N.B. Il presente modulo deve essere restituito in Segreteria tramite il coordinatore di classe o l'Insegnante di sostegno

¹ Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori