Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Monserrato 1-2

**OGGETTO: dati per la composizione del Gruppo di Lavoro operativo per l’Inclusione (GLO)**

I sottoscritti genitori/affidatari

Padre (o tutore legale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

genitori/affidatari dell'alunn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_ della scuola [ ]  dell’infanzia [ ]  primaria [ ]  secondaria di I grado nel plesso di Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**COMUNICANO**

le seguenti informazioni utili alla definizione della composizione del **Gruppo di lavoro operativo per l’inclusione (GLO)**, come previsto dal D.Lgs 66/2017 (con le modifiche introdotte dal D.Lgs 96/2019) e secondo le indicazioni di cui al D.I. 182/2020 (con le modifiche di cui al D.I. 153/2023):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cognome e Nome** | **Ruolo** | **Telefono** | **Mail** |
| **ASL e/o Centro convenzionato di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Specialista: |  |  |  |  |
| Specialista: |  |  |  |  |
| Specialista: |  |  |  |  |
| Specialista: |  |  |  |  |
| **Eventuali specialisti privati**  |
| Specialista: |  |  |  |  |
| Specialista: |  |  |  |  |

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

**Comunicano inoltre che l’alunno/a si assenterà in modo continuativo per eccezionali e documentate esigenze sanitarie (ad es. terapie) nei seguenti giorni e orari\***

Esigenza sanitaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni e orari: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*consegnare o inviare in segreteria l’attestazione del centro con giorni e orari della terapia.*

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.

Monserrato, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (madre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (padre)

*\*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver compilato li presente modulo 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.*

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_