



## ISTITUTO COMPRESIVO STATALE DI REGGELLO

50066 REGGELLO (Firenze) - Distretto n. 27  
Via M. Guerri, 46 - tel. 055/868502 - 869251 - fax 055/8666199  
E-mail: [fic82300d@istruzione.it](mailto:fic82300d@istruzione.it)  
[www.scuoleregello.it](http://www.scuoleregello.it)

### OGGETTO: AUTORIZZAZIONE A VISIONARE LA DIAGNOSI DI **D.S.A./ B.E.S./ ALTRA CERTIFICAZIONE** E TRASMISSIONE DATI FRA DIVERSI ORDINI DI SCUOLA E/O TRA DIVERSI GRADI D'ISTRUZIONE

Per garantire il rispetto della privacy e la trasparenza nel rapporto fra Scuola-Sanità-Famiglia, e per favorire la continuità tra i vari gradi e/o ordini di Scuola si richiede la compilazione del modulo allegato.

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante  
per l'a.s. 20\_\_\_/ 20\_\_\_ la Scuola dell'Infanzia/ Primaria del plesso di \_\_\_\_\_  
oppure la Scuola Secondaria di I° Grado "Massimiliano Guerri" di Reggello classe \_\_\_ sez. \_\_\_

- AUTORIZZANO** l'Istituzione Scolastica a rendere nota la documentazione medica (diagnosi) indicata in oggetto a tutto il Consiglio di Classe/Interclasse/Intersezione e a tutti i docenti che entreranno in futuro a farne parte. **AUTORIZZANO** altresì i docenti oltre a visionare la diagnosi a prendere contatti con il diagnosta e con i tecnici che seguono lo studente.
- AUTORIZZANO** a comunicare la presenza del disturbo nel proprio figlio tramite la documentazione medica (diagnosi) indicata in oggetto alla Scuola Primaria/Secondaria di 1° grado oppure alla scuola di iscrizione per il prossimo a.s., al fine di favorire la continuità fra tra i vari gradi e/o ordini di Scuola.

(La scelta si esercita contrassegnando la voce che interessa.)

Luogo e Data, \_\_\_\_\_

Firme

Padre \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_