

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC SAN VITTORINO-CORCOLLE
Via Spinetoli 96
Roma

CONSENSO A RENDERE NOTE INFORMAZIONI SULLA DISABILITA' AI DOCENTI DELLA CLASSE

I sottoscritti (primo genitore) _____ e
(secondo genitore) _____

Genitori o tutori dell'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Frequentante la classe _____ sez. _____ dell'I.C. San Vittorino Corcolle di Roma a decorrere
dall'a.s. _____ Nato/a _____ Prov. _____ Il

_____ Residente a _____

Prov. _____ Via _____ n° _____

C.F. _____ mail

_____ con la presente, ai sensi del GDPR (General Data Protection Regulation) o Regolamento UE 2016/679,

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

L'Istituto a rendere nota la certificazione di disabilità del/la proprio/a figlio/a ai docenti della classe e al personale scolastico (tenuto al segreto d'ufficio)

Roma,

Firma primo genitore _____

Firma secondo genitore _____