



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI REGGELLO

50066 REGGELLO (Firenze) - Distretto n. 27
Via M. Guerri, 46 - tel. 055/868502 - 869251 - fax 055/8666199
E-mail: fiic82300d@istruzione.it
www.scuolereggello.it

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE A VISIONARE LA DIAGNOSI DI **L.104.** 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 (solo docenti) 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 _____