

Richiesta autorizzazione alla consulenza del CTS di Pisa su problematiche specifiche di inclusione per caso specifico.

Consenso Autorizzazione Osservazione all'interno del Gruppo Classe per

l'Allievo _____ da parte del consulente CTS

Io sottoscritto (nome e cognome in stampatello)

Madre dell'alunno/a (nome e cognome in stampatello del figlio/a)

Classe _____ Sez. _____ Scuola _____

CONFERMO IL MIO CONSENSO ALLA CONSULENZA
E IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI RIGUARDANTI MIO
FIGLIO/A ALL'INTERNO DEL TEAM DI SUPPORTO

NON CONFERMO IL MIO CONSENSO ALLA CONSULENZA
E IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI RIGUARDANTI MIO
FIGLIO/A ALL' INTERNO DEL TEAM DI SUPPORTO

Firma _____

Io sottoscritto (nome e cognome in stampatello)

Padre dell'alunno/a (nome e cognome in stampatello del figlio/a)

Classe _____ Sez. _____ Scuola _____

CONFERMO IL MIO CONSENSO ALLA CONSULENZA
E IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI RIGUARDANTI MIO
FIGLIO/A ALL'INTERNO DEL TEAM DUI SUPPORTO

NON CONFERMO IL MIO CONSENSO ALLA CONSULENZA
E IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI RIGUARDANTI MIO
FIGLIO/A ALL' INTERNO DEL TEAM DI SUPPORTO

Firma _____

DA COMPILARE A CURA DELLA SCUOLA

Io sottoscritto/a (nome e cognome in stampatello)

In qualità di Docente Dirigente scolastico altro

Richiedo l'intervento di consulenza specifica per il caso:

Classe _____ Sez. _____ Scuola _____

Firma _____

APPROVAZIONE E VISTO DEL DS