ALLEGATO A

Anno Scolastico

ATTO DI CONSENSO

DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE PER L'AVVIO DEL PERCORSO DI VALUTAZIONE FINALIZZATO ALL'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI DELL'INCLUSIONE SCOLASTICA

Ai sensi degli artt. 5 e 6 del D.Lgs. 66/2017 e dal D.Lgs. 96/2019

Il sottoscritto:

Cognome *Nome*

NATO A: DATA DI NASCITA: PADRE ☐ MADRE ☐ TUTORE ☐

C.F. TEL: E-MAIL:

Il sottoscritto:

Cognome *Nome*

NATO A: DATA DI NASCITA: PADRE ☐ MADRE ☐

C.F. TEL: E-MAIL:

Tutore/i dell'alunno/a:

Cognome *Nome*

CLASSE PLESSO CODICE PERSONALE

NATO A: NAZIONALITÀ: DATA DI NASCITA:

C.F. MASCHIO ☐ FEMMINA ☐ Età:

RESIDENZA: COMUNE:

ACCONSENTO

che l'Istituzione Scolastica inoltri la scheda di segnalazione derivante dalle osservazioni nel contesto scolastico al servizio di Neuropsichiatria competente per l'attivazione del percorso valutativo del/della proprio/a figlio/a.

NOTA BENE:*Nel caso in cui sia impossibile ottenere la firma congiunta dei genitori, chi firma il modulo si assume la responsabilità civile, amministrativa e penale di quanto dichiarato (ai sensi del DPR 245/2000) e si assume la responsabilità di aver informato ed ottenuto il consenso dell'altro genitore (in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quarter del codice civile) e s.m.i.*

Data Il tutore/genitore