

**- DISTRETTO SCOLASTICO N.57 -**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "G. Romano"**  
*Scuola Infanzia - Primaria - Secondaria di 1° Grado Unione Europea*  
**AUTONOMIA SA3K4 - C.F. 91027500650 Fondo Sociale Europeo**  
**Via V.Veneto,42 - Tel. 0828/328157 - Fax 0828/368361**  
**84025 - E B O L I (SA)**  
**[-E-MAILsaic852004@istruzione.it](mailto:saic852004@istruzione.it) - [PECsaic852004@pec.istruzione.it](mailto:saic852004@pec.istruzione.it)**

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
dell'I.C. "Giacinto Romano"

Il/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
genitore/i/tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria del Plesso  
Centrale/Molinello

CHIEDE/CHIEDONO

Il rilascio di una copia del Modello

PEI

PDF

Relativo all'A.S. \_\_\_\_\_

Eboli, lì \_\_\_\_\_

Genitore 1 \_\_\_\_\_

Genitore 2 \_\_\_\_\_

**- DISTRETTO SCOLASTICO N.57 -**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "G. Romano"**  
*Scuola Infanzia - Primaria - Secondaria di 1° Grado Unione Europea*  
**AUTONOMIA SA3K4 - C.F. 91027500650 Fondo Sociale Europeo**  
**Via V.Veneto,42 - Tel. 0828/328157 - Fax 0828/368361**  
**84025 - E B O L I (SA)**  
**[-E-MAILsaic852004@istruzione.it](mailto:saic852004@istruzione.it) -[PECsaic852004@pec.istruzione.it](mailto:saic852004@pec.istruzione.it)**

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
dell'I.C. "Giacinto Romano"

**OGGETTO: Autorizzazione visione Documentazione fascicolo Alunni**

Con la presente il/la Docente \_\_\_\_\_

Coordinatore della Classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere autorizzato/a a prendere visione della Diagnosi/Documentazione medica relativa  
all'alunno/a \_\_\_\_\_ al fine di predisporre il relativo  
Piano Didattico Personalizzato.

Con la presente si impegna ad utilizzare tali informazioni al solo scopo richiesto e a non  
divulgarle a terzi.

Eboli, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_