

- 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

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
