|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| |  |  | | --- | --- | |  | ***Istituto Comprensivo ad indirizzo musicale***  ***“Sac. R. Calderisi”***  Via T. Tasso 81030 Villa di Briano (CE)  Codice meccanografico CEIC84000D Codice Fiscale 90008940612  E-mail: [ceic84000d@istruzione.ite](mailto:ceic84000d@istruzione.ite) Pec [ceic84000d@pec.istruzione.it](mailto:ceic84000d@pec.istruzione.it)  sito web: [www.iccalderisi.edu.it](http://www.iccalderisi.gov.it/) codice ufficio: UFZQUI tel 08119911330 | | | LOGO CAMBRIDGE |

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo

" R. Calderisi" Villa di Briano Ce

**OGGETTO: dati per la composizione del Gruppo di Lavoro operativo per l’Inclusione (GLO)**

I sottoscritti genitori/affidatari Padre (o tutore legale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

genitori/affidatari dell'alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_ della scuola  dell’infanzia  primaria  secondaria di I grado nel plesso di Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**COMUNICANO**

le seguenti informazioni utili alla definizione della composizione del **Gruppo di lavoro operativo per l’inclusione (GLO)**, come previsto dal D.Lgs 66/2017 (con le modifiche introdotte dal D.Lgs 96/2019) e secondo le indicazioni di cui al D.I. 182/2020 (con le modifiche di cui al D.I. 153/2023):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cognome e Nome** | | **Ruolo** | **Telefono** | **Mail** |
| **ASL e/o Centro convenzionato di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| Specialista: | |  |  |  |  |
| Specialista: | |  |  |  |  |
| Specialista: | |  |  |  |  |
| **\*Eventuale specialista privato**  **\*La partecipazione è subordinata alla richiesta alla dirigenza scolastica a cura della famiglia utilizzando apposito modello secondo le indicazioni fornite con nota di cui al prot. n.** 13232 del 19-10-2023 | | | | | |
| Specialista: | |  |  |  |  |

Con la presente autorizzano l’Istituzione scolastica a tenere rapporti di collaborazione con le figure sopra indicate.

**Comunicano inoltre che l’alunno/a si assenterà in modo continuativo per eccezionali e documentate esigenze sanitarie (ad es. terapie) nei seguenti giorni e orari\***

Esigenza sanitaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni e orari: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*\*consegnare o inviare in segreteria l’attestazione del centro con giorni e orari della terapia.*

Autorizzo il trattamento dei dati personali secondo le modalità specificate nell’informativa e nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 679/2016 e dal D.Lgs 196/2003.

Villa di Briano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori\*\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (madre)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (padre)

*\*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver compilato li presente modulo in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_