

**DOMANDA DA PRESENTARE ALLA UVMD PER L'ASSEGNAZIONE
DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO
ALUNNI IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ
(D.G.R. 2248 DEL 17/07/2007)**

Il sottoscritto/a _____ nella sua qualità di

Genitore Tutore di _____

Nato a _____ il _____

Pediatra o MMG dott. _____

Residente in _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

In possesso di verbale UVDM con accertata disabilità ai sensi del DGR 2248 del 17/07/2007,

CHIEDE

Per il prossimo anno scolastico _____ / _____ il mantenimento della presenza del personale di assistenza per il proprio figlio che frequenterà la scuola _____ indirizzo della scuola _____ classe _____.

Data, _____

Firma dei genitori o del tutore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento relativo al riconoscimento di convalida della relazione per disturbi specifici dell'apprendimento e dei benefici da esso derivanti ed in conformità alle disposizioni vigenti in materia di privacy del predetto decreto esprime il suo consenso al trattamento degli stessi.

Data, _____

il/la dichiarante _____