

OGGETTO: Liberatoria per la comunicazione dei dati relativi alla propria diagnosi di DSA e/o Disabilità con certificazione sanitaria al Referente di Istituto, ai docenti delle discipline frequentate e al personale di segreteria.

Il/La sottoscritto/a nato/a a
..... il e residente a
..... in via, iscritto/a al corso
.....

letta l'informativa privacy e in particolare il punto d) riguardante il trattamento dei dati relativi al proprio stato di salute, con la presente

☐ **AUTORIZZA**

☐ **NON AUTORIZZA**

ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016, la comunicazione dei dati della propria diagnosi relativa ai **DSA e/o Disabilità con certificazione sanitaria** al Referente di Istituto per le Disabilità e i DSA, ai docenti delle discipline frequentate e al personale di segreteria, vietandone l'uso in contesti diversi.

Si precisa che la certificazione sarà utilizzata esclusivamente per gli scopi relativi all'organizzazione e realizzazione di un percorso didattico personalizzato.

In caso di autorizzazione, si allega alla presente copia della certificazione.

Verona,

.....
(in caso di allievo minorenne firma dei genitori o del facente veci)