

LOGO D'ISTITUTO

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale di

Oggetto: Richiesta assegnazione insegnante di sostegno e liberatoria privacy.

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il ___/___/___ residente a _____
in Via/Piazza _____ n. _____ avendo presentato domanda di
iscrizione per l'a.s. ___/___ alla classe ___ sez. ___ della Scuola Primaria/
Secondaria di Primo Grado " _____ " di _____
CHIEDONO che il/la proprio/a figlio/a possa avvalersi, a partire dall'a.s.
_____/_____, del supporto dell'insegnante di sostegno e
AUTORIZZANO il Dirigente Scolastico ad attivare presso l'U.S.T. di Varese la procedura per
l'assegnazione.

Per le finalità legate alle attività di sostegno i sottoscritti AUTORIZZANO al trattamento dei
dati personali e sensibili del proprio figlio unicamente per lo svolgimento delle attività perseguite
dall'Istituto, sia interne (didattiche e amministrative) che esterne (collaborazione con Enti Locali,
provinciali e regionali, Agenzie Assicurative, Enti di Formazione, Agenzie di Collocamento,
Aziende), in base alle informazioni di cui all'art. 10 della Legge 675/96, ai sensi dell'art. 11 della
Legge stessa e successive modificazioni, D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 art.13.

_____, ___/___/20___

I Genitori

