

**Spett. le Unione Terre d'Acque
Borgolavezzaro**

Nome e cognome	Istituto scolastico	Classe e sezione	Tipologia di assistenza necessaria

Si allega la diagnosi funzionale

Nome e cognome del genitore/tutore	Residente in	Via	Numero di telefono	Email

☐ Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679)

_____, li ____/____/2019

(firma del genitore o di chi ne fa le veci)