

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE, UNIVERSITÀ E RICERCA**

**I. C. S. MONTESSORI**

Via Montessori, 10 – 20021 BOLLATE (MI)

Tel 02/3502856 – Fax 02/33300186

C.F.97270390152 – C.M. MIIC8EE00G

PEC: miic8ee00g@pec.istruzione.it

**e-mail** **miic8ee00g@istruzione.it**

# **LIBERATORIA - AUTORIZZAZIONE**

*(Il modulo deve essere compilato e sottoscritto da entrambi i genitori)*

Il sottoscritto genitore/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_ residente a Via prov. \_\_\_\_\_e-mail tel.

Il sottoscritto genitore/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_ residente a Via prov. \_\_\_\_\_e-mail tel.

dell'alunno/a nato/a a il

frequentante la classe Sez.

Con la sottoscrizione della presente dichiarano di essere a conoscenza degli incontri con gli specialisti previsti durante l'anno scolastico, per la collaborazione con la scuola e la condivisione del PEI/PDP, e autorizzano gli insegnanti ad effettuare colloqui, telefonate, comunicazioni via mail. Gli incontri hanno l’intento di sostenere l'alunno/a nella sua crescita, migliorare la qualità dell'apprendimento, le relazioni con i compagni e sostenere i docenti nel loro compito educativo. Verrà assicurata la riservatezza dei colloqui attraverso il rispetto del segreto professionale al quale lo specialista e i docenti sono tenuti per legge.

Tale documento ha validità per l'intera frequenza nell'istituto.

firma del genitore firma del genitore

*Autorizzo il trattamento dei dati personali, che saranno utilizzati solo per gli scopi indicati nel presente documento, secondo quanto previsto dal D. Lgs.n. 196/03.*