

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'Istituto Istruzione Superiore  
"G. Caselli"  
Via Roma 67  
53100 - Siena

**OGGETTO: Liberatoria per la comunicazione dei dati relativi  
alla diagnosi di D.S.A. o BES con certificazione sanitaria a tutti i  
componenti del team docenti / Consiglio di Classe e al personale di  
segreteria.**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a  
..... il .....  
e il/la sottoscritto/a ..... nato/a a  
..... il .....  
residenti in ..... città  
..... prov. ....  
genitori dell'alunno/a .....  
classe ..... sez. .... plesso .....

**con la presente autorizzano**

**ai sensi del D.lgs 10/08/2018, n.101, "Disposizioni per l'adeguamento  
della normativa nazionale (D.lgs. 196/2003) alle disposizioni del  
Regolamento (U.E.) 2016/678",** la comunicazione dei dati della diagnosi  
relativa ai **DSA o ai BES con certificazione sanitaria** di nostro/a figlio/a a  
tutti i componenti del team docenti/Consiglio di Classe, inclusi i supplenti  
nominati per oltre una settimana e al personale di segreteria, vietandone l'uso  
in contesti diversi. Si autorizzano i docenti della scuola a scambiarsi  
informazioni relative all'alunno certificato in merito all'andamento scolastico e  
ai dati della certificazione diagnostica.

Data .....

Firma/e

.....