



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO Istituto Comprensivo CLAUDIO ABBADO
Via Monte Zebio, 35 - 00195 Roma Tel. 06/3725859 - fax 06/3741217
CF:97712900584 e-mail RMIC8GW005@istruzione.it

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____, iscritto **per
la prima volta** alla classe _____ presso la

- Scuola dell'Infanzia Statale "E. Pistelli"
- Scuola Primaria "E. Pistelli"
- Scuola dell'Infanzia Statale "L. Vaccari"
- Scuola Speciale Primaria "L. Vaccari"
- Scuola Secondaria di I grado "Giovanni XXIII"

dell'I.C. Claudio Abbado di Roma

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a:

- Rientra nella situazione prevista dall'art. 3 comma 1 della L. 104/1992.
- Rientra tra i requisiti previsti dall'art. 3 comma 3 della L. 104/1992.
- E' in attesa di esito per l'Accertamento dell'Handicap (L.104/92)
- Altro (eventualmente specificare): _____

Dichiara altresì di consegnare

- copia del verbale rilasciato ai sensi della L. 104/92 dalla Commissione per l'Accertamento dell'Handicap;

Si impegna inoltre a consegnare tempestivamente all'Istituto eventuali documenti attestanti rinnovi e variazioni inerenti il godimento dei diritti della L.104/92.

Si autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Codice della privacy D.Lgs 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

Roma, ____/____/20__

Firma

