Alla U.O.C. di Medicina Legale

AULSS 1 Dolomiti - Dipartimento di Prevenzione

mail: protocollo.aulss1@pecveneto.it

**Oggetto:** Richiesta rilascio certificato idoneità alla frequenza agli Istituti Tecnici Professionali ed Artistici

(in riferimento alla Circolare Ministeriale 22 settembre 1988 n.262 e Circolare Ministeriale 23 dicembre 1994 n. 363)

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto/a per l’a.s. 202\_/202\_ alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Istituto Secondario di II Grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la presente **chiede**

**all’U.O.C. di Medicina Legale** AULSS1 Dolomiti la valutazione di compatibilità della disabilità del proprio figlio con le attività che verranno svolte durante l’attività scolastica presso il predetto Istituto.

Si allega:

- copia leggibile di un documento di identità e codice fiscale in corso di validità del genitore;

- copia leggibile di un documento di identità e codice fiscale in corso di validità dell’alunno;

- copia del verbale di Invalidità Civile, L. 104/92 e/o L.68/99 (se in possesso);

- in mancanza di verbali di invalidità, copia verbale recente UVMD;

- recapito telefonico del genitore del minore;

- relazione clinica specialistica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sottoscrivendo tale modulo si autorizza la U.O.C. Medicina Legale a prendere ulteriori informazioni dall’Istituto indicato, anche condividendo informazioni sanitarie riguardanti l’alunno, nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati personali e sensibili.

Distinti saluti,

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA ***PRIMO*** GENITORE ESERCENTE LA POTESTA’ GENITORIALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA ***SECONDO*** GENITORE ESERCENTE LA POTESTA’GENITORIALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firmare solo qualora sia impossibile la firma del secondo genitore:**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta/dichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_