



REPUBBLICA ITALIANA



M.I.U.R.



REGIONE SICILIA

I.I.S.S. "MAZZEI- SABIN"
C.M. CTIS04600V – C.F. 92033770873
Via Principe di Piemonte, 92 – 95014 – Macchia di Giarre –
Tel. 0956136505 – Fax 095 8730472
E-Mail:ctis04600v@istruzione.it
PEC:ctis04600v@pec.istruzione.it

Io sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ del _____
per l'A.S. _____, dichiaro di aver presentato certificazione (**Diagnosi rilasciata da _____ in data _____** *) per l'esercizio dei diritti conseguenti alla situazione di Disturbo Specifico di Apprendimento (**DSA**), affidando al **Consiglio di classe**, sulla base di considerazioni pedagogiche e didattiche e nel rispetto del D.Lgs 196/2003 (riservatezza dati personali), il compito di indicare l'**opportuna e necessaria adozione di una personalizzazione della didattica** ed, eventualmente, di **misure compensative e dispensative** previste dalle **Linee guida allegate alla legge 170/2010**, formalizzate nel Piano didattico educativo (PDP).

*(Per certificazioni rilasciate da oltre 3 anni) Dichiaro che è in corso la procedura per il rinnovo della Diagnosi.

Giarre

Firma