



N° Protocollo

.....
Spettabile Scuola/Istituto _____

Via _____ n. ____
cap _____ Città _____ ()

**Alla Cortese Attenzione del
Dirigente Scolastico
Prof./ssa _____**

OGGETTO: Consegna documentazione e richieste.

In relazione all'iscrizione di mio/a figlio/a _____ alla classe ____ sez. ____ del Suo Istituto, Le consegno in copia la documentazione relativa alla certificazione per l'attestazione di Disturbi Specifici di Apprendimento, rilasciata da _____ il _____.
A seguito di tale referto diagnostico,

CHIEDO

- che venga elaborato un Piano Didattico Personalizzato concordato con la famiglia e con lo studente, che vengano posti in essere gli strumenti compensativi e dispensativi e vengano adottati tutte le misure e gli accorgimenti previsti e indicati dalle Circolari Ministeriali specifiche, dalla Legge n.170/2010, dal Decreto Ministeriale N. 5669 del 12 luglio 2011 e dalle Linee Guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento ad esso allegate, non solo in sede di didattica, ma anche di valutazione in itinere e finale e conclusiva del corso di studi;
- che vengano utilizzate metodologie di insegnamento efficaci e modalità di verifica che permettano a mio/a figlio/a di esplicitare al meglio le proprie effettive conoscenze.

Sicuro/a che vorrete porre in essere tutto quanto è possibile per rendere il percorso scolastico di mio/a figlio/a personalizzato sulle sue particolari esigenze di apprendimento, tenendo conto della persona nella sua interezza, rispettando la sua sensibilità e aiutandolo a costruirsi un'immagine positiva di sé e delle sue opportunità di vita futura, resto a vostra completa disposizione per qualsiasi necessità.

Mi preme, infine, sottolineare che la certificazione fornita è da ritenersi un dato sensibile sottoposto alla Legge sulla Privacy e quindi soggetto alle forme di garanzia obbligate da tale legge. Dovrà quindi essere utilizzata **solo** per gli scopi relativi all'organizzazione del percorso didattico educativo individualizzato e resa accessibile **solo** ai Docenti che formano il Consiglio della Classe frequentata da mio figlio e alla Dirigenza.

Entro 15 gg. desidero conoscere se le richieste sono state accolte.

In attesa di una Sua risposta, Le porgo distinti saluti

_____ li _____

Firma del genitore

e-mail _____

cell. _____

tel. abitazione _____

tel. posto di lavoro _____

ALLEGATI:

1-Legge N. 170/2010

2-D.M. N. 5669 del 12 luglio 2011 e allegate Linee Guida

3-Elenco siti utili DSA

*Associazione DADA
(Dislessia in Abruzzo e Difficoltà di Apprendimento)
sede legale: via G. Puccini, 2 - 64026 Roseto degli Abruzzi
tel.: 348.8400098 (Presidente Morena Contini)
tel.: 3400750557 (Vicepresidente Loredana Lucantoni)
associazionedadainfo@gmail.com .- account. Facebook: DADA Abruzzo
contatto Skype: DADA Abruzzo
sito web: www.associazionedada.weebly.com
IBAN 18S0606077020CCO4600*