**MODULO DI NON ACCETTAZIONE DEL PDP**

io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre/madre
dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante
la classe\_\_\_\_\_\_\_ della sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- ricevute le informazioni necessarie sulle difficoltà di mio/a figlio/a
- ricevute le informazioni sui diritti di mio/a figlio/a, in quanto in possesso di una diagnosi medica
- ricevute le informazioni sugli strumenti compensativi e dispensativi che la scuola
intende utilizzare per aiutare mio/a figlio/a, attinente alla diagnosi
consapevole che mio/ a figlio/a verrà valutato non tenendo conto delle difficoltà diagnosticate e senza l'ausilio di strumenti compensativi e dispensativi

SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' **RIFIUTO DI SOTTOSCRIVERE UN PDP RIFERITO
A MIOIA FIGLIO/A**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DEI GENITORI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per presa visione

COORDINATORE DI CLASSE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_