**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

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