

**MODULO RICHIESTA**

**consulenza “Insieme per la scuola”**

**Inizio modulo**

**ISTITUZIONE SCOLASTICA:**

Ordine di scuola:

Recapito telefonico d'istituto:

Plesso/sede:

Dirigente (nome e cognome):

**RICHIEDENTE**

***- Docente (nome e cognome):***

□ curriculare □ di sostegno □ referente inclusione □ altro:

recapito telefonico docente: e-mail:

***- Consiglio di classe/gruppo docenti***

Docente di riferimento:

□ curriculare □ di sostegno □ referente inclusione □ altro:

recapito telefonico docente: e-mail:

**IL/I RICHIEDENTI SI IMPEGNANO A FREQUENTARE, PRIMA DELLA CONSULENZA IL CORSO “ADHD A SCUOLA”**

□ SI □ NO

**L’ISTITUTO HA SEGNALATO ALL’UST IL PROBLEMA**

□ SI □ NO

**OGGETTO RICHIESTA:**

**DESCRIZIONE E MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA**:

□ Autorizzo il CTS (Consulenza “Insieme per la scuola”) al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Firma del Dirigente