



Alla ASL "SA/1"- Nocera Inferiore
Area Complessa "MEDICINA LEGALE"

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente _____ via _____

C.F. _____ Tel _____

in qualità di: Genitore Esercente la potestà parentale Tutore **dell'alunno minore:**

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a il _____ a _____

Sulla base delle risultanze diagnostiche dell'allegato Certificato Medico//Sanitario;

CHIEDE

Ai sensi dell'Art. 2 del D.P.C.M. 23/02/2006 nr. 185, l'attivazione della procedura medico-legale ASL ai fini <<dell'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap>>

Allega: 1. - Certificato diagnostico medico o sanitario; 2. - Stato di famiglia o autocertificazione;
3. - Fotocopia della propria carta d'identità valida; 4. - Foto autenticata dell'alunno minore. -

Si esprime altresì il proprio **CONSENSO** al trattamento dei dati personali e sensibili a carattere sanitario, limitatamente alla trattazione della presente pratica, avendo preso cognizione dell'obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli eventualmente emergenti in corso di prestazione (ai sensi del D.Lgs. 196/2003).-

_____, lì _____

firma
