



MODULO DI NON ACCETTAZIONE DEL PDP-DSA

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, attinenti 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 MIO/A FIGLIO/A

Data _____

FIRMA DEI GENITORI

Per presa visione
COORDINATORE DI CLASSE

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
