



Al Dirigente Scolastico

I.I.S. "G. BONFANTINI"

Novara

Il/La sottoscritt__ /__, _____, in qualità di genitore/tutore esercente la patria potestà dell'allievo/a ovvero dello studente/studentessa _____, attualmente frequentante

- I.I.S. "G. BONFANTINI" - sede associata di Novara
- I.I.S. "G. BONFANTINI" - sede associata di Romagnano Sesia
- I.P.A.A. "E.G. CAVALLINI" - sede associata di Solcio di Lesa

classe _____ sez. _____, in possesso di diagnosi di DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento),

comunica

che, in applicazione delle Linee Guida allegate al DM del 12 luglio 2011 "norme in materia di disturbi specifici di apprendimento", e nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, lo studente/studentessa _____ si potrà avvalere dell'uso del registratore vocale durante le spiegazioni orali dei professori, al fine di riascoltare la lezione, per una migliore memorizzazione della stessa.

Il/La sottoscritt__ /__ precisa inoltre che la registrazione delle lezioni, che rappresenta per i dislessici un fondamentale strumento compensativo previsto dalla legislazione sopra segnalata e consentito dal Garante della Privacy, sarà comunicata ogni volta dallo studente all'insegnante presente in classe e sarà riprodotta nel pieno diritto dello studente solo ed esclusivamente ai fini di studio individuale.

Si dichiara altresì che non sarà fatto alcun altro utilizzo della registrazione effettuata in classe oltre a quello suindicato, senza esplicito consenso delle persone coinvolte, come disposto dall'Autorità del GPDP (Garante per la Protezione dei Dati Personali).

Novara,

In fede

(Firma del dichiarante)