
 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<p><b>RICHIESTA ORIENTAMENTO SCOLASTICO</b></p>	<p>Cod.: Pr.71 - Mod. 2 Rev. 0</p>
<p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>	<p>Data: 13/06/2018 Pagina 1 di 2</p>	

**Direzione Socio Sanitaria**  
**Dipartimento Bassa Intensità/R.I.C.C.A.**  
**UOC Disabilità ed Integrazione Sociale**  
**Resp. Dott.ssa Marisa Pariscenti**

Per il/la minore..... Sesso M F

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato/a a ..... il .....,

residente a.....CAP.....

in Via .....n.....,

frequentante la classe.....sez....., della Scuola Secondaria di I° grado


con sede nel Comune di ....., i sottoscritti genitori:

Padre:.....Tel./cell.....

Madre:.....Tel./cell.....

in accordo con lo specialista di riferimento del proprio figlio/a, nella figura del

Dr./Dr.ssa..... (recapito tel.....)

 <p>Ospedale Maggiore di Lodi Distretti e Presidi Lodigiani</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Lodi</p>	<p><b>RICHIESTA ORIENTAMENTO SCOLASTICO</b></p>	<p>Cod.: Pr.71 - Mod. 2 Rev. 0</p>
<p>Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi</p>	<p>Data: 13/06/2018 Pagina 2 di 2</p>	

**CHIEDONO**

per il proprio figlio/a l'avvio del **"PERCORSO DI VALUTAZIONE PER L'ORIENTAMENTO SCOLASTICO GUIDATO"** proposto dal Servizio Disabilità ed Integrazione Sociale dell'ASST di Lodi e finalizzato a sostenere l'alunno/a e la sua famiglia nella ricerca e nella scelta del percorso scolastico e formativo al termine della scuola media e dichiarano di aver ricevuto dalla scuola media la **scheda informativa inerente il percorso.**

(Padre) Firma: .....

Li, .....

(Madre) Firma: .....

**AUTORIZZANO**

**Ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679)** i sottoscritti danno il consenso

al trattamento dei dati personali e sensibili acquisiti dal Servizio Disabilità ed Integrazione Sociale, esclusivamente per le finalità connesse al percorso di orientamento scolastico guidato del proprio figlio/a.

**Comunicazione a terzi**

I sottoscritti autorizzano, inoltre, la Scuola Secondaria di I° a trasmettere le informazioni scolastiche e socio-sanitarie di cui è in possesso al Servizio Disabilità ed Integrazione Sociale dell'ASST di Lodi ed autorizzano il Servizio Disabilità e Integrazione Sociale dell'ASST di Lodi ad attivare gli opportuni approfondimenti con gli specialisti di riferimento e gli insegnanti, al fine di consentire lo svolgimento delle attività previste durante il percorso.

(Padre) Firma: .....

Li, .....

(Madre) Firma: .....