

**AUTORIZZAZIONE ALLA PRESA IN CARICO  
INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI STUDENTI CON DISABILITA' SENSORIALE**

**Alla ATS di .....**

Il/La...sottoscritto/a.....

nella sua qualità di:     Genitore     Tutore     Curatore     Amministratore di sostegno

nato/a ..... prov ..... il .....

Residente in ..... C.a.p. .... Via .....

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

telefono ..... telefono cellulare .....

indirizzo e-mail.....

**autorizza l'Ente erogatore qualificato.....**

**CF ente erogatore.....**

**alla presa in carico dello studente con disabilità sensoriale:**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a a ..... prov.....il .....

Residente in ..... C.a.p. .... Via.....

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Data .....**

**Firma .....**