



Il/la Sig.re/a _____
 nato/a a _____ il _____
 residente a _____
 genitore/tutore di _____
 nato a _____ il _____

**ai sensi della L 170/2010, delle DD.GG.RR n. 34-13176 del 1 febbraio 2010,
 n. 18-10723 del 9.2.2009 e n. 13-10889 del 2.3.2009,
 e della Determina Regionale n. 547 del 21.7.2011**

CHIEDE

DI CONVALIDARE ATTRAVERSO L'UMVD MINORI LA DOCUMENTAZIONE RELATIVA A
 DISTURBO SPECIFICO DI APPRENDIMENTO RILASCIATA DA PROFESSIONISTI DI FIDUCIA.
 CHE SI ALLEGA ALLA DOMANDA.

A TAL FINE DA IL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO E UTILIZZO DEI DATI PERSONALI E
 SENSIBILI DEL MINORE DICHIARANDO DI ESERCITARE LA PIENA PODESTA' GENITORIALE

Data _____

FIRMA DEL GENITORE O TUTORE _____