

*(Da redigere su carta intestata dell'Istituzione Scolastica/Formativa)*

**ALLEGATO 7 – Riscontro a Comunicazione Casistica di Conferma d'Ufficio 2023/24**

Area Attuazione PNRR e Tutela delle Fragilità

PEC: [tutelafragilita@regione.lazio.legalmail.it](mailto:tutelafragilita@regione.lazio.legalmail.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico/Direttore dell'Istituzione Scolastica/Formativa/ Dirigente Comune o Municipio:

Codice Meccanografico: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

Referente del progetto \_\_\_\_\_

ai sensi di quanto previsto dal punto 2.1 A - **Casistica di Conferma d'Ufficio del servizio da parte della Regione Lazio** delle *Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica, anche attraverso la Comunicazione Aumentativa Alternativa (C.A.A.), in favore degli alunni con disabilità sensoriale visiva, uditiva e nella comprensione e produzione del linguaggio per l'anno scolastico 2023-2024*,

**DICHIARA**

- ☐ di aver preso visione delle Linee di indirizzo e suoi allegati per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale visiva e uditiva e nella comprensione e produzione del linguaggio anno scolastico 2023-2024 della Regione Lazio pubblicate sul sito proprio istituzionale;
- ☐ **d'aver preso visione dell'Allegato Informativa Privacy** (N.B\*per poter avere il servizio è obbligatorio apporre il segno di spunta);
- ☐ di accettare che tutte le comunicazioni riguardanti la procedura di cui alle linee guida sopra citate, nessuna esclusa, avvengano **esclusivamente a mezzo PEC in modalità riservata** e si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificata P.E.C.: \_\_\_\_\_;
- ☐ **di allegare alla presente l'Allegato 8 "Nomina Responsabile del Trattamento" debitamente compilato e firmato digitalmente**
- ☐ d'aver rappresentato alla famiglia o all'interessato se maggiorenne che i suoi dati personali saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente e secondo l'Informativa Privacy pubblicata nelle Linee di Indirizzo; Inoltre, d'aver acquisito il consenso dei genitori al trattamento dati *e che le certificazioni sanitarie sono accessibili all'Amministrazione della Regione Lazio ai fini dell'attivazione dei servizi di assistenza;*

**e trasmette unitamente alla presente:**

- **Allegato 4/bis** esclusivamente in formato Excel debitamente compilato colonna (A) e aggiornato come da linee di indirizzo punto 2.1 A nelle colonne dalla B alla AU;
- **Allegato 8 nomina a Responsabile del trattamento** dei dati **debitamente compilato e sottoscritto digitalmente** dal Dirigente Scolastico/Rappresentante Legale;

*Il/La sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) Privacy 679/2016 cui si fa opportuno rimando.*

Data \_\_\_\_\_

Firma digitale del Dirigente Scolastico/Direttore dell'Istituzione Scolastica/Formativa/Dirigente Comune o Municipio/Rapp. Legale