**ISTITUTO LICEALE “ S. PIZZI"**

Piazza Umberto I, Capua

Telefono: 0823961077 Fax: 0823625640
Mail: CEPM03000D@istruzione.it PEC: CEPM03000D@pec.istruzione.i
Codice fiscale: 93034560610
Codice meccanografico: CEPM03000D

Al Dirigente Scolastico

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

Oggetto: Richiesta di rinuncia al P.D.P.

Noi sottoscritti genitori della/o studentessa/e…………………………………………………………..,

(alunno se maggiorenne), iscritto alla classe ………… , sezione…….. Indirizzo liceale………...

…………………………………..di codesto Istituto, a seguito della presentazione della diagnosi

redatta in data ……………….….. da ………………………………………, che viene allegata in

copia alla presente,

dichiariamo

di rinunciare alle misure compensative e dispensative previste dalla normativa vigente ed

esoneriamo il C.d.c. dalla predisposizione del P.D.P.

Capua,…………………

 Firma dei genitori:…………………………………..

 ……………………………………