



Ministero dell'Istruzione e del Merito

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"BATTIPAGLIA SALVEMINI"**

Ai Sig.ri genitori degli alunni
dell'I.C. "Salvemini" di Battipaglia
Ai docenti
Al DSGA
ATTI/ALBO/SITO WEB

**OGGETTO: INFORMATIVA ACCESSO TERAPISTI PRIVATI IN CLASSE IN ORARIO CURRICOLARE da
far sottoscrivere a tutti gli alunni**

Visto che L'Istituto Comprensivo SALVEMINI deve consentire l'Accesso di terapisti /specialisti sanitari (pubblici e privati) su richiesta delle famiglie interessate al fine di dare continuità' alla presa in carico di alunni della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado per un alto numero di alunni , dispone il presente protocollo Operativo secondo quanto indicato nel PTOF e nel Piano Annuale per l'Inclusione, per tutte le classi dell'istituto , anche per quelle non direttamente interessate .

Modalita' di accesso in classe di specialisti e terapisti privati indicati dalle famiglie

L'Istituto acconsente all'accesso di un terapeuta/specialista privato o pubblico in classe previa progettazione dell'esperto, presentata dalla famiglia dell'alunno, concordata con i docenti e opportunamente comunicata **per informativa e consenso** ai genitori degli alunni della classe coinvolta.

A tal fine la scuola chiede ai genitori degli alunni dell'istituto , l'autorizzazione all'accesso degli esperti in classe e in mensa.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Concetta SAVIELLO**

CONCETTA
SAVIELLO
26.09.2024
16:59:36
GMT+01:00





FUTURA



Finanziato dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Istituto
Comprensivo
Statale
"Battipaglia
Salvemini"

NOTA INFORMATIVA ACCESSO PERSONALE ESTERNO IN CLASSE

I SOTTOSCRITTI _____ GENITORI
DELL'ALUNNO _____ FREQUENTANTE LA
SCUOLA _____ PLESSO _____ CLASSE _____
SEZ _____

DICHIARANO

DI ESSERE STATI INFORMATI DALL' ISTITUTO/ DOCENTE/ IN MERITO ALLA PRESENZA DI UN
ESPERTO ESTERNO IMPEGNATO NELL'OSSERVAZIONE DI UN ALUNNO PRESENTE IN CLASSE
SI DICHIARA D'ACCORDO

INOLTRE DICHIARANO DI ESSERE STATI INFORMATI CHE LO SPECIALISTA, TERAPISTA SI
ADEGUERÀ AL RISPETTO TUTELA DELLA PRIVACY AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE NON
DIFFONDENDO

ALCUNA INFORMAZIONE IN MERITO ALLE ATTIVITÀ CHE GLI ALUNNI SVOLGERANNO IN CLASSE
ESPRIMONO IL PROPRIO CONSENSO SOTTOSCRIVENDO QUESTA DICHIARAZIONE

_____, Li _____

Firma

firma