

FUTURA

**LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI**



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



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
Ai DSGA
ATTI/ALBO/SITO WEB

**OGGETTO: INFORMATIVA ACCESSO TERAPISTI/ASSISTENTI EDUCATIVI IN CLASSE IN ORARIO
CURRICOLARE**

L'Istituto Comprensivo SALVEMINI consente 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 e dispone il presente protocollo Operativo secondo quanto indicato nel PTOF e nel Piano Annuale per l'Inclusione.

Modalità 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 della classe coinvolta, l'autorizzazione all'accesso dell'esperto in classe.

Il modello allegato debitamente compilato e firmato va consegnato in classe ai docenti.

Prof.ssa Concetta Saviello

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93*

NOTA INFORMATIVA ACCESSO PERSONALE ESTERNO IN CLASSE A-s 2025/2026

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 E CONDIVISIONE DI UN PROGETTO FORMATIVO DI UN ALUNNO PRESENTE IN CLASSE E SI DICHIARA D'ACCORDO.
INOLTRE DICHIARANO DI ESSERE STATI INFORMATI CHE LO SPECIALISTA, TERAPISTA SI ADEGUERA' AL RISPETTO E ALL TUTELA DELLA PRIVACY AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE NON DIFFONDENDO ALCUNA INFORMAZIONE IN MERITO ALLE ATTIVITA' CHE GLI ALUNNI SVOLGERANNO IN CLASSE.
ESPRIMONO IL PROPRIO CONSENSO SOTTOSCRIVENDO QUESTA DICHIARAZIONE

_____, Lì _____

FIRMA (ENTRAMBI I GENITORI)