

**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  
Al 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)