

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e

il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
in qualità di genitori/tutori **dell'alunno/a** _____
nato/a a _____ il _____
frequentante, nell'a.s. _____, la classe _____ sezione _____ del plesso _____
CHIEDONO

l'autorizzazione all'accesso nei locali scolastici e, ove necessario, nella classe frequentata dall'alunno/a, del **seguito professionista sanitario esterno**, incaricato nell'ambito del percorso terapeutico, riabilitativo, assistenziale o del progetto di vita dell'alunno/a:

Nome e cognome del professionista: _____

Professione sanitaria/qualifica: _____

Ordine professionale e numero di iscrizione, ove previsto: _____

Ente/struttura di appartenenza: _____

Recapito professionale: _____ **mail:** _____

FINALITÀ DELL'ACCESSO

L'accesso viene richiesto nell'ambito del:

☐ percorso terapeutico

☐ percorso riabilitativo

☐ percorso assistenziale

☐ progetto di vita

☐ altro: _____

Finalità dell'intervento/attività di osservazione:

Periodo per il quale viene richiesto l'accesso:

dal _____ al _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Alla presente richiesta si allega la documentazione necessaria ai fini della verifica della regolarità e completezza della richiesta e, in particolare:

☐ documentazione relativa all'incarico del professionista;

☐ documentazione attestante la qualifica professionale e, ove previsto, l'iscrizione al relativo Ordine/Albo;

☐ progetto terapeutico/riabilitativo o progetto di osservazione, contenente le finalità e le modalità dell'intervento;

☐ eventuale ulteriore documentazione prevista dalla procedura dell'Istituto e necessaria alla verifica dei requisiti.

DICHIARAZIONE DELLA FAMIGLIA

I sottoscritti dichiarano:

- di essere consapevoli che l'accesso del professionista è subordinato all'autorizzazione del Dirigente scolastico;

- di essere consapevoli che l'autorizzazione sarà rilasciata previa verifica della regolarità e completezza della documentazione presentata;
- di essere consapevoli che l'attività del professionista dovrà svolgersi nel rispetto delle modalità organizzative della scuola e senza interferire con il regolare svolgimento delle attività didattiche;
- di essere consapevoli che il professionista è tenuto al rispetto della normativa vigente in materia di riservatezza e protezione dei dati personali.

I sottoscritti dichiarano inoltre di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali predisposta dall'Istituto ai sensi della normativa vigente.

Luogo e data: _____

Firma dei genitore/tutore _____ - _____

In caso di firma di un solo genitore

In caso di firma di un solo genitore il sottoscrittore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000 dichiara di aver effettuato la scelta richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA

La documentazione presentata è risultata:

- ☐ completa
☐ da integrare

Eventuali integrazioni richieste: _____

ESITO DELL'ISTRUTTORIA:

- ☐ **AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO**
☐ **RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE**
☐ **NON AUTORIZZAZIONE**, con provvedimento motivato del Dirigente scolastico

Il Dirigente scolastico