



Istituto Comprensivo “Patari-Rodari-Pascoli-Aldisio”

C.F. 97061390791

Cod. Mecc. CZIC85200P

Sede Legale e Uffici Amministrativi

Via A. Daniele, 17-88100 CZ

Tel. 0961/746924

Uffici Amministrativi

Via M. Greco, 31-88100 CZ

Tel. 0961/722323

czic85200p@istruzione.it

www.icpataripascoli.edu.it

Al Dirigente scolastico dell'Istituto in intestazione

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione alla presenza in classe di esperto sanitario incaricato dalla famiglia

Il/La sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ della Scuola/Plesso _____

CHIEDE

l'autorizzazione all'accesso nei locali scolastici e alla presenza in aula, durante le attività didattiche del/della proprio/a figlio/a, del seguente **professionista sanitario** incaricato dalla famiglia per lo svolgimento di attività di assistenza e supporto all'alunno:

Dati del professionista

- Nome e Cognome: _____
- Qualifica professionale: _____
- Ente/Ordine professionale di iscrizione: _____
- Numero iscrizione: _____

Motivazione della richiesta e necessità sanitaria:

Allega:

- ☐ Relazione del terapeuta attestante la necessità del supporto, le finalità e le modalità
- ☐ Curriculum vitae del terapeuta

Il genitore richiede che la presenza sia autorizzata per il periodo e secondo le modalità descritte nella relazione del terapeuta, compatibilmente con le esigenze della classe.

Dichiara di essere informato che la scuola, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, tratterà i dati personali esclusivamente per finalità connesse alla gestione della richiesta, e che l'autorizzazione all'accesso del terapeuta è subordinata alla valutazione del GLO e del Dirigente scolastico.

Data _____

Firma del genitore _____