

*Modello C1 (Allegato al Regolamento per l'accesso a scuola in orario curriculare di terapisti/specialisti esterni)*

Ala Dirigente scolastica  
dell'I.C. "De Gasperi-Pende"  
Noicàttaro

**NOTA INFORMATIVA L'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE (da compilare e consegnare all'insegnante di sezione/classe)**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ della Scuola (Infanzia,  
Primaria, Secondaria) \_\_\_\_\_ dell'I.C. "De Gasperi-Pende" di Noicàttaro

**DICHIARANO**

di essere stati informati dalle insegnanti di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nell'effettuazione di terapia salvavita su un alunno presente nella sezione per tutto l'orario di frequenza dell'alunno.

Inoltre, dichiarano di essere stati informati che il terapeuta/specialista sanitario si adegnerà al rispetto della Tutela della privacy, ai sensi della normativa vigente, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione.

Noicàttaro, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma\*

\_\_\_\_\_

Firma\*

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA che \_\_I\_\_ padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione alle uscite didattiche sul territorio  
oppure

DICHIARA di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante**