

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

Alla 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