

COMUNICAZIONE RELATIVA ALL'ACCESSO DI UN PROFESSIONISTA ESTERNO PER SUPPORTO PERSONALIZZATO

Si comunica ai genitori degli alunni della Classe _____ della scuola _____ di _____ che, in ottemperanza al progetto personalizzato, terapeutico e/o assistenziale di un alunno, è stato autorizzato l'accesso nei locali scolastici di un professionista esterno qualificato

Data dell'Intervento	Orario Indicativo	Ruolo del Professionista
[Inserire Data]	[Inserire Orario]	[Esempio: Fisioterapista, Logopedista, Assistente]

Si desidera rassicurare le famiglie che l'accesso e l'attività del professionista esterno avvengono nel massimo rispetto della riservatezza e della sicurezza di tutti gli studenti della classe. La Direzione Scolastica e il personale docente vigileranno sul corretto svolgimento dell'attività per garantire il sereno e regolare andamento delle lezioni.

_____, li _____

Firma dei genitori p.p.v.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

_____, _____

Firma del genitore

DOCUMENTO DI SOTTOSCRIZIONE E IMPEGNO PER L'ACCESSO DI PROFESSIONISTI ESTERNI A SCUOLA

Il/La sottoscritto/a:

- **Nome** _____ **e** _____ **Cognome:** _____
- **Ruolo** _____ **Professionale:** _____
- **Ente/Struttura di Appartenenza:** (ASL, Ente/Struttura accreditata e/o autorizzata presso il SSN/SSR, altro) _____
- **Iscrizione** _____ **Albo** _____ **Professionale** _____ **(se** _____ **previsto):** _____
- **Riferimento** _____ **Alunno/Studente:** _____
- **Classe** _____ **Interessata:** _____
- **Scuola:** _____

Consapevole che l'accesso ai locali scolastici per l'attuazione del progetto personalizzato (terapeutico, riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno con disabilità) è vincolato all'autorizzazione del Dirigente Scolastico,

DICHIARA

di essere un professionista sanitario/tecnico esterno iscritto al relativo albo professionale e coinvolto nel piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno sopra indicato.

SI IMPEGNA

formalmente, come condizione necessaria e inderogabile per l'accesso e l'intervento, a rispettare le seguenti disposizioni:

1. Rispettare rigorosamente tutte le disposizioni vigenti in materia di riservatezza (privacy e trattamento dei dati sensibili).
2. Non Interagire direttamente con gli alunni non interessati dall'intervento.

3. Permanere nella classe sempre e solo in presenza del docente per tutta la durata dell'intervento.

Dettagli dell'Intervento Autorizzato

Data dell'Intervento	Ora di Inizio	Ora di Fine

Data e Luogo: _____

Firma del Professionista Esterno:

Visto di Presenza e Presa Visione

Docente di Classe

Visto per Autorizzazione

Dirigente Scolastico
