|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE *“G.PASCOLI” di VALLATA***SCUOLA DELL’INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA DI I GRADO*con sedi staccate in Scampitella – Trevico - Vallesaccarda***Via S. Giorgio di Sopra – 83059 VALLATA (AV) -** Tel./fax 0827/90038 e-mail: avic87400q@istruzione.it - Cod. Fisc. *90014680640* - C.MECC: AVIC87400Q PEC: *avic87400q@pec.istruzione.it* - *Web site:* [*www.icpascolivallata.edu.it*](http://www.icpascolivallata.edu.it) Codice Univoco Ufficio: UFMSZT Codice IPA: istsc\_avic87400Q  |  |

 |

**ALLEGATO 3 – INFORMATIVA ALLE FAMIGLIE**

**Ai genitori degli alunni**

**delle classi/sezioni interessate**

Si comunica che nella classe / sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_ di Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per l’anno scolastico in corso, è stata richiesta da parte dei genitori interessati, la presenza di un terapista/specialista, che sarà impegnato nella terapia di un alunno, al fine di consentire un miglior perseguimento del percorso formativo e di inclusione, attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento, in ottemperanza alla normativa vigente in materia.

La presenza del terapista sarà limitato ad un numero esiguo di ore settimanali. L’orario ed il giorno della presenza sarà comunicato a cura delle docenti di classe/sezione.

L’intervento del terapista si svolgerà nella maniera più discreta possibile, si limiterà all’osservazione esclusivamente in riferimento all’alunno/a interessato e senza interferire con le normali attivtà della classe/sezione.

L’intervento del terapista si adeguerà al rispetto della tutela della riservatezza e della privacy, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/03 e del regolamento UE 679/2016, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella classe/sezione e del personale docente.

Il terapista si atterrà al rigoroso rispetto di tutti i protocolli dell’Istituzione Scolastica.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Prof. Michele D’Ambrosio**

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa*

*ai sensi dell’art.3 co.2 del D.Lgs n.39/93*

**FIRMA INFORMATIVA**

Il/Ia sottoscritto/a ……………………………………………………….……………………..……..

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………….………………….

genitori dell’alunno/a ……………………………………………………………………………

frequentante la scuola ……………………………… sezione/classe ….………………..…… plesso

……………………………………..

**DICHIARANO**

di essere stati informati dall’insegnante di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia di un alunno presente nella classe/sezione.

Inoltre, dichiarano di essere stati informati che il terapista/lo specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy), non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

Infine, dichiarano di essere stati informati che il terapista si atterrà al rigoroso rispetto di tutte le disposizioni della scuola.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, 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 presente 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.