ALLEGATO 1

RICHIESTA DI INGRESSO DEL TERAPISTA

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C.S. "Giovanni Falcone"
Volla (NA)

I sottoscritti_____ e_____

genitori dell'alunno/a_____

frequentante la classe/sezione_____ del plesso_____ a.s._____

C H I E D O N O

che il/la dott./dott.ssa_____ in qualità di_____

facente parte della cooperativa/associazione_____

possa entrare nella classe per effettuare l'osservazione/la terapia della/del nostra/o figlia/o e

A U T O R I Z Z A N O

la scuola a predisporre la circolare informativa per i genitori della classe, in cui viene indicato che la presenza del terapista esterno è legata a un'attività di osservazione di un componente della classe.

Data_____

Firma del genitore *

_____

Firma del genitore *

_____

Firma del genitore * (in caso di firma unica)

_____

** Dichiarazione in caso di firma di un solo genitore: il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, 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.*

Allegati: 1) progetto di osservazione del terapista; 2) documento di identità dello specialista.

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE PERSONALE DEL DOCENTE

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C.S. "Giovanni Falcone"
Volla (NA)

Il/La sottoscritto/a_____

in qualità di insegnante di scuola primaria / scuola dell'infanzia in servizio presso l'I.C.S. "G. Falcone",

vista la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapista/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno, per l'alunno/a_____

- **in considerazione** del progetto di osservazione che verrà approntato (se terapista);
- **in considerazione** della documentazione presentata dalla famiglia (se specialista sanitario);

D I C H I A R A

- di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapista/specialista sanitario in orario curricolare;
- di informare gli altri genitori degli alunni iscritti nella sezione/classe della presenza e del ruolo di tale esperto.

Volla, data _____

Firma del docente _____

Via Famiglietti, 38 - 80040 Volla (NA) - tel. 0817743899 - mail naic87500a@istruzione.it - pec. naic87500a@pec.istruzione.it
codice mecc.: NAIC87500A - Codice Fiscale: 94054090637 - www.icsfalcone.edu.it

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA

Terapista / specialista sanitario

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a a_____ il_____

Codice Fiscale_____ in qualità di_____

dell'alunno/a_____ sezione/classe_____

SI IMPEGNA

in nome proprio nonché, ai sensi dell'art. 1381 c.c., a:

i. considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;
ii. utilizzare le informazioni confidenziali e riservate unicamente allo scopo per il quale sono state fornite o rese note, impegnandosi a non divulgarle a soggetti terzi;
iii. non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante;
iv. non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta;
v. garantire la massima riservatezza, anche in osservanza della vigente normativa sulla privacy, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 101/2018, affinché tutte le informazioni acquisite non possano in alcun modo e per alcuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi.

Gli impegni assunti nel presente documento non si applicano alle informazioni, o a parte delle stesse, che nel momento in cui vengono rese note, direttamente o indirettamente, siano già di pubblico dominio o siano già in possesso del soggetto prima dell'attività concordata.

Data	Firma
_____	_____

ALLEGATO 4

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENALI PENDENTI

Terapista / specialista sanitario

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a_____

nato/a a_____ il_____

residente in_____ via_____

Codice Fiscale_____ in qualità di_____

della cooperativa/associazione_____

sede legale in_____ via_____

Partita IVA / Codice Fiscale_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

D I C H I A R A

ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Data _____ Firma _____

ALLEGATO 5

RICHIESTA DI INCONTRO TECNICO CON IL PERSONALE DELLA SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C.S. "Giovanni Falcone"
Volla (NA)

I sottoscritti_____ e_____

genitori dell'alunno/a_____

frequentante la classe/sezione_____ del plesso_____ a.s._____

C H I E D O N O

che il/la dott./dott.ssa_____ in qualità di_____

facente parte della cooperativa/associazione_____

possa avere accesso a scuola per un incontro tecnico con:

_____

Data_____

Firma del genitore *	Firma del genitore *
_____	_____
Firma del genitore * (in caso di firma unica)	Firma del terapista
_____	_____

** Dichiarazione in caso di firma di un solo genitore: il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, 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.*