

NOTA INFORMATIVA PER L'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE /SEZIONE

Al D.S. Dott.ssa Di Fiore Maria  
del 1° Circolo Didattico R.Arfe  
di Somma Vesuviana - Napoli

I sottoscritti .....  
genitori/ tutori dell'alunno/a .....  
frequentante ..... la sezione/classe .....  
.....sezione ....., plesso .....

**DICHIARANO**

di essere stati informati dai docenti della sezione/classe del I Circolo Didattico "Raffaele Arfe" di Somma Vesuviana (Napoli) relativamente alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia funzionale necessaria al percorso didattico di un alunno della stessa sezione/classe (Regolamento di Istituto).

Dichiara, altresì, il proprio consenso alla presenza dell'esperto come regolata da apposito protocollo.

Inoltre, dichiara di essere stato informato che il terapeuta/ specialista si atterrà 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.

Sottoscrive pertanto la presente dichiarazione.

Somma Vesuviana, li \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NEL CASO IN CUI LA DOMANDA SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UN SOLO GENITORE  
OCCORRE SOTTOSCRIVERE ANCHE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE:**

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

**Somma Vesuviana**

**Firma del genitore**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_