

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

_____/_____/_____
