Alla c.a. Dirigente Scolastica

 Dott.ssa Ercolano Paola

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 COGNOME NOME

genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 COGNOME NOME

classe/sez \_\_\_\_ ^\_\_\_\_a.s\_\_\_\_\_\_/\_\_\_

**CHIEDE**

che il terapista privato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 cognome e nome del terapista

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (psicologo, educatore, tiflologo, psicomotricista, logopedista, fisioterapista ...)

acceda in classe per l’osservazione in contesto scolastico, come previsto dal progetto sottoscritto da noi genitori, che lo stesso invierà su carta intestata o e-mail lavorativa alla scuola, contenente le informazioni concordate in una riunione:

□ tecnica (genitori, terapista, insegnanti)

□ di GLHO (genitori, terapista, NPI, insegnanti).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NB. Ho informato il terapista che:

1. l’accesso sarà subordinato all’approvazione del DS che avrà raccolto il consenso anche dei genitori degli altri alunni;
2. prima del primo accesso dovrà passare dalla segreteria per depositare copia del documento d’identità e firmare la dichiarazione di garanzia di riservatezza;
3. al termine di progetto si impegna a consegnare e condividere con la famiglia e i docenti un report.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Visto,

□ si autorizza

□ non si autorizza La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Paola Ercolano