



Istituto Comprensivo

Adelaide Ristori

NOTA INFORMATIVA PER L'ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE (ALTRI GENITORI della CLASSE)

(da compilare e consegnare all'insegnante di sezione/classe)

Al Dirigente Scolastico

L'Istituto consente gli accessi dei TERAPISTI/SPECIALISTI sanitari (pubblici e privati), personale esterno impegnato in altre attività previste dal PTOF, per osservazioni e supporto agli alunni presenti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado, al fine di consentire un miglior perseguimento del percorso formativo-didattico ed educativo degli alunni coinvolti, dare continuità e alla presa in carico attraverso la messa in rete delle figure professionali di riferimento del bambino e della sua famiglia. É necessario quindi costruire una stretta rete di collaborazione e di raccordi tra operatori sanitari, sociali, educativi e famiglie per dare una concreta attuazione all'inclusione scolastica e sociale. Le attività di osservazione dovranno avvenire nelle modalità più discrete possibili, al fine di non interferire nella attività della classe di appartenenza dell'alunno.

L'esigenza di formalizzare le seguenti procedure nasce dalla necessità di contemperare il diritto all'Inclusione degli alunni con difficoltà e/o disabilità con la normativa sulla privacy, sul rispetto del segreto in Atti d'Ufficio, sulle norme di sicurezza relative all'accesso di personale esterno alla scuola.

ISTITUTO COMPrensivo STATALE "ADELAIDE RISTORI"

Via L. D'Alagno, 16 - 80138 - Napoli - C.F. 80024200638 - tel/fax 081.5546902
naic8a400v@istruzione.it – pec: naic8a400v@pec.istruzione.it - www.icadelaideristori.edu.it

Il/la sottoscritto/a
genitore dell'alunno/a
frequentante la sezione/classe

DICHIARA

di essere stato/a informato/a dall'insegnante di sezione/classe in merito alla **presenza di uno/a psicologo dott. _____, il giorno _____ impegnato nella seguente attività** presente nella classe/sezione.

Si dichiara d'accordo con tale presenza, in quanto essa non danneggia, anzi arricchisce l'attività didattica della classe/sezione. Inoltre, dichiara di essere stato informato che il terapeuta/lo specialista sanitario si adegnerà al **rispetto della Tutela della riservatezza** della privacy, ai sensi del D.Lgs n. 101 del 2018 (Codice Privacy) e del Reg. UE 679/16, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

Esprime, pertanto, il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

Lì, _____

Firma _____