



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

## ISTITUTO COMPRENSIVO "M. VIRGILI" - RONCIGLIONE

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di I grado - Via delle Vigne s.n.c.  
Codice Mecc. - VTIC81000L - C.F. 90056720569 – Codice Univoco Ufficio: UFLQ7T  
0761/625012- e-mail: vtic81000l@istruzione.it - vtic81000l@pec.istruzione.it

### Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

#### **Oggetto : "Richiesta ingresso terapista esterno per attività di osservazione legate ad un componente della classe"**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori di  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso  
\_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### **CHIEDIAMO**

che il dottor \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ facente parte  
dell'associazione \_\_\_\_\_, possa entrare nella classe per effettuare  
l'osservazione della/del nostra/o figlia/o e

#### **AUTORIZZIAMO**

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

Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori \***

\_\_\_\_\_

*\*Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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.*

#### **DICHIARAZIONE da compilare a cura del terapista**

\_ I \_ sottoscritt \_ \_\_\_\_\_ si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto in base alla legge 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

\_ I \_ sottoscritt \_ solleva altresì l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*L'Istituto fa presente che i dati personali forniti dal/dalla Sig./Sig. \_\_\_\_\_, che è stato identificato tramite documento di riconoscimento, saranno oggetto di trattamento ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003 e al nuovo regolamento GDPR europeo.*

- 
- ☐ Si concede  
☐ Non si concede

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Stefania Zega