



**ISTITUTO COMPRENSIVO
"MONTESSORI-MARIA CLOTILDE PINI"**

Via S. M. Goretti, 41 - 00199 Roma
Codice meccanografico RMIC8G900L
Codice Fiscale 96535380586
Codice Univoco CELA93 Codice IPA R606H11W
Tel. 0686208392 Fax 06-86208395
PEO rmic8g900l@istruzione.it
PEC rmic8g900l@pec.istruzione.it
Sito www.viicircolomontessori.it

SCUOLA DELL'INFANZIA
Montessori - M.C.Pini | Via Santa Maria Goretti
Via dei Marsi | Villa Paganini

SCUOLA PRIMARIA
Via Santa Maria Goretti | Villa Paganini | Fratelli Bandiera

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO
Via Santa Maria Goretti | Charlie Chaplin

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 effettuata la scelta/richiesto in osservanza delle disposizioni sullo 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 l'a presente che i dati personali forniti dal/dalla Sig./Sig. _____, che è stato identificato tramite documento di riconoscimento, saranno oggetto 4/ 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
CARMINE IANNICELLI**



**ISTITUTO COMPRENSIVO
"MONTESSORI-MARIA CLOTILDE PINI"**

Via S. M. Goretti, 41 - 00199 Roma
Codice meccanografico RMIC8G900L
Codice Fiscale 96535380586
Codice Univoco CELA93 Codice IPA R606H11W
Tel. 0686208392 Fax 06-86208395
PEO rmic8g9001@istruzione.it
PEC rmic8g9001@pec.istruzione.it
Sito www.viicircolomontessori.it

SCUOLA DELL'INFANZIA

Montessori - M.C.Pini | Via Santa Maria Goretti
Via dei Marsi | Villa Paganini

SCUOLA PRIMARIA

Via Santa Maria Goretti | Villa Paganini | Fratelli Bandiera

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Via Santa Maria Goretti | Charlie Chaplin

Modello B - Informativa Privacy Genitori

INGRESSO TERAPISTI PRIVATI

Si informano i genitori che in data _____ sarà presente in classe il dottor / la
dottoressa _____ per l'osservazione di un componente della classe .

PADRE:

Io sottoscritto _____

Padre del minore _____

MADRE:

Io sottoscritta _____

Madre del minore _____

DICHIARIAMO

di aver preso visione della comunicazione relativa all'intervento di "*osservazione su un componente della classe*" da parte del dott. _____

Data _____

Firma dei genitori

