***Modello C***

Al Dirigente Scolastico dell’IC

“Via T. Mommsen,20” di Roma

**Sottoscrizione di consenso sull’accesso dello specialista/terapista esterno nella classe/sezione (genitore)**

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

I sottoscritti e genitori dell’alunno/a

frequentante la Scuola , classe

DICHIARANO

di essere stati informati dall’insegnante di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nell’osservazione di un alunno presente nella classe/sezione.

Si dichiarano d’accordo con tale attività.

Inoltre, dichiarano di essere stati informati che il/la terapista/specialista si adeguerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi della normativa vigente, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

I genitori esprimono il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\* Firma\*

**\***Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente 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.