

ALLEGATO 1 – RICHIESTA DI ACCESSO IN CLASSE DI PROFESSIONISTA SANITARIO ESTERNO

Al Dirigente Scolastico

I.C. Montebello Jonico – Motta San Giovanni

Oggetto: Richiesta di accesso in classe di professionista sanitario esterno ai fini della continuità terapeutica e dell'inclusione scolastica

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
____/____/____,

in qualità di ☐ genitore ☐ esercente la responsabilità genitoriale

dell'alunno/a _____, frequentante la classe/sezione _____ del
plesso _____,

CHIEDE

l'autorizzazione all'accesso in classe del/della professionista sanitario/a esterno/a:

Nome e Cognome _____

Qualifica professionale _____

Ente di appartenenza / struttura / libero professionista _____

incaricato/a nell'ambito del piano terapeutico, riabilitativo e assistenziale dell'alunno/a sopra indicato/a.

L'accesso è richiesto ai fini della continuità terapeutica e dell'inclusione scolastica, secondo quanto previsto dal Protocollo d'Istituto.

A tal fine allega:

- progetto di intervento/osservazione del professionista;
- documentazione attestante l'incarico del professionista nell'ambito del piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o del progetto di vita;
- dichiarazione di impegno al rispetto della riservatezza e della privacy sottoscritta dal professionista;
- copia del documento di identità del richiedente;

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola procederà alla verifica della regolarità e completezza della documentazione ai fini del rilascio dell'autorizzazione da parte del Dirigente scolastico.

Luogo e data _____

Firma del genitore / esercente la responsabilità genitoriale
