

Modello A (revisione 2025)
Richiesta Ingresso professionisti sanitari esterni

Oggetto: Richiesta accesso ai locali scolastici dei professionisti sanitari esterni incaricati per l'attuazione del progetto personalizzato in favore di alunni e studenti con disabilità.

I Sottoscritti _____ e _____
in qualità di genitori o tutori dell'alunno/a _____ frequentante la
classe _____ sezione _____ plesso _____ dell'IC Verga, nel grado
scolastico:

- ☐ scuola Infanzia
☐ scuola Primaria
☐ scuola Secondaria di I grado

RICHIEDONO

l'accesso ai locali scolastici del/dei professionista/i sanitari esterni¹ incaricati facenti parte dell'équipe multidisciplinare contemplata nel piano terapeutico, nel progetto riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno con disabilità:

(nome e cognome) _____ in qualità di _____
_____ (titolo professionale e
incarico terapeutico riferito all'alunno/a).

Si allega alla presente:

- comunicazione scritta del calendario di accesso da parte del professionista sanitario esterno incaricato e fotocopia del documento di riconoscimento;
- Accettazione e presa visione informativa da parte del professionista sanitario (Modello C2025)

Data _____

Firma dei genitori/tutori* _____

* Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia 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.

Il sottoscritto professionista sanitario esterno _____ di cui alla presente richiesta si impegna al rispetto di tutte le disposizioni in materia di riservatezza compilando e allegando alla presente il *Modello C2025 (informativa)*; si impegna inoltre a non interagire direttamente con gli alunni non interessati e a permanere nella classe sempre in presenza del docente.

Firma del professionista sanitario esterno _____

¹ Dipendenti della ASL, di ente/struttura accreditata e/o autorizzata presso il SSN/SSR, ovvero iscritti ai rispettivi albi professionali e coinvolti nel piano terapeutico, riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita dell'alunno con disabilità.