

ISTITUTO COMPRENSIVO PINEROLO V – CUMIANA

Via M. Ferrero, 11 - 10040 Cumiana (TO) - Tel. 011/9059080 - C.F.: 94544340014

Codice Mecc.TOIC84600R e-mail: TOIC84600R@istruzione.it – pec: toic84600r@pec.istruzione.it

Sito web: <https://www.icpinerolo5.edu.it/> - Codice univoco ufficio: UFXU3K

Scuola Infanzia “N. Armstrong” Cantalupa (TO) - TOAA84603Q	Scuola Infanzia “Arcobaleno” Cumiana (TO) - TOAA84600L	Scuola Infanzia “W. Disney” Frossasco (TO) - TOAA84602P	Scuola Infanzia “G. Rodari” Roletto (TO) - TOAA84604R
Scuola Primaria “S. Pignatelli” Cantalupa (TO) - TOEE846031	Scuola Primaria Cumiana Cap. Cumiana (TO) - TOEE84601V	Scuola Primaria Cumiana Pieve Cumiana (TO) - TOEE84602X	Scuola Primaria “S. Pellico” Frossasco (TO) -TOEE846042
Scuola Primaria “G. Rodari” Roletto (TO) - TOEE846053	Scuola Secondaria di I Grado “Carutti” Cumiana (TO) - TOMM84601T	Scuola Secondaria di I Grado “Piero Angela” Frossasco (TO) -TOMM84602V	

MODULO RICHIESTA ACCESSO SPECIALISTI/TERAPISTI

(a cura dei genitori)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Pinerolo V - Cumiana

I sottoscritti

(Genitore 1) _____, nato/a a _____ il //

(Genitore 2) _____, nato/a a _____ il //

in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a

frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola

CHIEDONO

l'autorizzazione per l'accesso in classe dello specialista/terapista:

Cognome e Nome:

Qualifica professionale:

Struttura/Studio di appartenenza:

per effettuare osservazioni/interventi finalizzati a

nel periodo dal // _____ al // _____ per n. _____ accessi della durata di _____ ore ciascuno.

DICHIARANO

- di aver preso visione del Regolamento d'Istituto per l'accesso degli specialisti/terapisti;
- di assumere ogni responsabilità per l'intervento dello specialista/terapista;
- di essere consapevoli che l'autorizzazione è subordinata alla consegna della documentazione prevista dal Regolamento.

ALLEGANO

1. Progetto di osservazione su carta intestata dello specialista/struttura
2. Documento d'identità dello specialista/terapista
3. Curriculum vitae dello specialista/terapista
4. Polizza assicurativa dello specialista/terapista

Luogo e data _____

Firma di entrambi i genitori/tutori

INFORMATIVA PRIVACY Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, si informa che i dati personali saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali nel rispetto della normativa vigente sulla privacy.

Consenso al trattamento dei dati:

Luogo e data _____

Firma di entrambi i genitori/tutori

SPAZIO RISERVATO ALLA SCUOLA

Prot. n. _____ del // _____

Vista la richiesta e la documentazione allegata:

- Si autorizza
- Non si autorizza per i seguenti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Giuseppe Mirabella

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.L.gs 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.