Al Dirigente scolastico

Dell’Istituto Comprensivo Mons. Vassalluzzo

Roccapiemonte

**Richiesta Ingresso Terapista/Assistente Specialistico**

DICHIARAZIONE da compilare a cura dei genitori

*(autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000)*

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare se infanzia, primaria o secondaria) del plesso in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CHIEDIAMO

che il dottor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ facente parte dell’associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , possa entrare nella classe per effettuare l’osservazione o attività funzionali al processo di apprendimento, di autonomia e di inclusione della/del nostra/o figlia/o e

Data Firma dei genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

dichiarazione da compilare a cura del terapista

documento di riconoscimento terapista

DICHIARAZIONE da compilare a cura del terapista/assistente

*(autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 d.p.r. n. 445/2000)*

\_ l \_ 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.

\_ l \_ sottoscritt \_ è coperto da polizza assicurativa in qualità di dipendente del centro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_ l \_ sottoscritt \_ è coperto da polizza assicurativa in qualità di dipendente del centro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_ l \_ sottoscritt \_ solleva altresì l’amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_