



## ISTITUTO COMPRESIVO DI PREGANZIOL

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado  
Via A. Manzoni 39, 31022 Preganziol (Treviso)  
Tel 0422 330645 - 0422 938584 - CF 80011500263  
www.icpreganziol.edu.it  
tvic81300t@istruzione.it - tvic81300t@pec.istruzione.it



Modello A – Richiesta Ingresso Terapista  
(a cura dei genitori richiedenti: scaricare, stampare, compilare e  
inviare alla mail tvic81300t@istruzione.it)

Al Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Luana Pollastri

Richiesta ingresso terapeuta esterno per attività di osservazione legate ad un componente della classe.

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori di \_\_\_\_\_ frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_  
del plesso \_\_\_\_\_ nell' A.S. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### CHIEDIAMO

che il/la dottor/dott.ssa \_\_\_\_\_, in qualità di  
\_\_\_\_\_ facente parte dell'associazione/centro  
\_\_\_\_\_, possa entrare nella classe per effettuare  
l'osservazione della/del nostra/o figlia/o e AUTORIZZIAMO la scuola a predisporre la circolare  
informativa per i genitori della classe, in cui viene indicato che la presenza del terapeuta  
esterno è legata ad un'attività di osservazione di un componente della classe.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori \*

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

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

### DICHIARAZIONE da compilare a cura del terapeuta

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

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

-----  
*La compilazione della parte sottostante è a cura dell'Istituto*

L'Istituto fa presente che i dati personali forniti dal/dalla Sig./Sig. \_\_\_\_\_, che è stato identificato tramite documento di riconoscimento, saranno oggetto di trattamento ai sensi e per gli effetti della legge 196/2003 e al nuovo regolamento GDPR europeo.

- Si concede
- Non si concede

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Luana Pollastri