



**12° CIRCOLO DIDATTICO “G. LEOPARDI”**

**Via P. Selicato n. 1 - 71122 Foggia**

**tel. 0881/633598 - 661362**

**PEO:** [fgee01200c@istruzione.it](mailto:fgee01200c@istruzione.it) **– PEC:** [FGEE01200C@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:FGEE01200C@PEC.ISTRUZIONE.IT)

**C.M. FGEE01200C - C.F. 80005820719**

sito: [**www.leopardifg.edu.it**](http://www.leopardifg.edu.it/)

**Informativa a Genitori/Tutori accesso terapista in orari curricolari**

A seguito di specifica richiesta ricevuta dai genitori di un alunno frequentante la classe …………., si riportano le informazioni che seguono.

I genitori dell’alunno hanno richiesto la presenza di un/a terapista in classe nel periodo da ………………. a …………………… nell’orario curricolare dalle ore …………………. alle ore …………………. al fine di osservare l’alunno nel suo ambiente classe.

Le finalità e le modalità del piano di osservazione è stato sottoposto agli organi scolastici ed è stato valutato compatibile con le attività ordinarie curricolari.

La fase di osservazione avverrà sempre in presenza dell’insegnante di ruolo o sua sostituta.

L’osservazione non prevede l’uso di dispositivi di video/audio-registrazione, non coinvolgerà in alcun modo gli altri alunni presenti, ma verterà esclusivamente sull’osservazione diretta dell’alunno all’interno del suo ambiente classe, senza interferire con le attività ordinarie.

Il /La terapista sarà il Dottor*…………….*  la Dott.ssa …………………………………………………., iscritta all’Ordine degli …………………………………………. al n. ………………

Al fine di acconsentire alla presenza in classe della terapista indicata, valutati i criteri di sicurezza e pertinenza, si richiede relativo consenso da parte dei genitori degli alunni della classe interessata.

Il Dirigente Scolastico

Data ……………………

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

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Genitori dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acconsentono alla presenza in classe, durante il periodo e l’orario specificato, del/ della terapista indicata e per le finalità sopra specificate.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_