**ALLEGATO 1**

**DICHIARAZIONE del PERSONALE SCOLASTICO**

*(A CURA DEI DOCENTI)*

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di insegnante in servizio presso l’Istituto Comprensivo Raffaello di Roma,

***Vista*** la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapista/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno, per l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

***in considerazione*** del Progetto di osservazione approntato;

***in considerazione*** della documentazione presentata dalla famiglia;

# DICHIARA

* di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapista/specialista sanitario in orario curricolare;
* di sottoporre **agli altri genitori** degli alunni presenti nella sezione/classe **l’informativa** del ruolo di tale esperto e di raccogliere l’informativa sottoscritta quale consenso a tale presenza.

Roma Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_