# ALLEGATO 2

**INFORMATIVA E CONSENSO**

**PER L’ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO NELLA CLASSE/SEZIONE**

*(A CURA DEI GENITORI DELLA CLASSE – DA CONSEGNARE AL COORDINATORE)*

Il/Ia sottoscritto/a ……………………………………………………………………….……………………..……..

genitore dell’alunno/a ,

frequentante la sezione/classe …………..………………..……………………………………..…………

# DICHIARA

* di essere stato/a informato/a dall’insegnante di sezione/classe in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia di un alunno presente nella classe/sezione.
* di essere d’accordo con tale presenza, in quanto essa non danneggia, anzi arricchisce l’attività didattica della classe/sezione.
* di essere stato informato che il terapista/lo specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy), non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella sezione/classe.

Esprime, pertanto, il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione.

Roma

Firma