Allegato C – Modulo per i genitori (consenso informato e privacy)

MODULO C – CONSENSO INFORMATO E INFORMATIVA PRIVACY

I/Le sottoscritti/e _____, genitori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____, classe _____,

CHIEDONO

che il/la terapista / esperto esterno _____ possa accedere ai locali dell'Istituto Comprensivo _____ per svolgere attività di _____ con il/la proprio/a figlio/a, in coerenza con il progetto terapeutico e il PEI/altro progetto educativo.

DICHIARANO di essere informati che:

- il terapista opera in qualità di **professionista autonomo** o di incaricato del servizio sanitario, non dipendente dalla scuola;
- la **responsabilità professionale** per l'intervento svolto è in capo al terapista e, se del caso, alla struttura sanitaria di appartenenza;
- la scuola mantiene i propri **doveri di vigilanza generale** sugli alunni e di organizzazione della sicurezza, ma non è responsabile delle scelte cliniche/terapeutiche del professionista;
- l'accesso del terapista avverrà nei limiti e secondo le modalità fissate dal Dirigente scolastico (orari, spazi, durata).

AUTORIZZANO, ai sensi della normativa privacy, lo scambio di informazioni strettamente necessarie tra scuola e terapista/servizio sanitario, per la migliore integrazione del percorso scolastico e terapeutico del figlio/a, nei limiti indicati nell'informativa allegata.

Luogo e data

_____

Firme dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale

_____

_____