

MODELLO C : Informativa Privacy Genitori comunicazioni scuola/famiglia TERAPISTI PRIVATI

Alla Dirigente Scolastica
dell'IC "Alessandro Magno"
Via Stesicoro 115
Roma

Oggetto: Richiesta di partecipazione ai colloqui scuola/famiglia del terapeuta/specialista

I sottoscritti genitori/tutori _____ e _____
dell'alunno/a _____, frequentante la:

☐ Scuola dell'Infanzia

☐ Scuola primaria

☐ Scuola secondaria I Grado

nel Plesso di via _____, classe _____ sez _____,

RICHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE

a comunicare con la/il terapeuta/lo specialista (salvo terapisti accreditati ASL, degli enti/strutture accreditate e/o autorizzate ai sensi della normativa vigente, ovvero facenti parte dell'equipe multidisciplinare contemplata nel piano terapeutico, nel progetto riabilitativo, assistenziale o nel progetto di vita degli alunni con disabilità)
Dott.ssa/Dott. _____ sull'andamento didattico/disciplinare della/del
figlia/o nel caso dei colloqui scuola-famiglia.

Allo scopo comunicano che la/il terapeuta è reperibile alla seguente mail/cellulare:

In fede

Roma, li ____/____/____

Firma dei genitori/tutori
