**Immagine che contiene disegnando, segnale, cibo, tenendo

Descrizione generata automaticamenteDi Ministero dell’Istruzione e del Merito**

**DIREZIONE DIDATTICA STATALE “SAN DOMENICO SAVIO”**

Via Gionti n. 11 – 80040 TERZIGNO ( NA ) **Tel. 081/8271941 Fax081/8271181**

[naee18700g@istruzione.it](mailto:naee18700g@istruzione.it) [naee18700g@pec.istruzione.it](mailto:naee18700g@pec.istruzione.it) – C.F84005670637 [www.scuolaprimariaterzigno.edu.it](http://www.scuolaprimariaterzigno.edu.it)

**Personale esterno nella classe/sezione**

I genitori degli alunni in elenco dichiarano di essere stati informati in merito alla presenza di un esperto esterno impegnato nella terapia di un alunno presente nella classe/sezione.

Si dichiara d’accordo con tale presenza, in quanto essa non danneggia, anzi arricchisce l’attività didattica della classe/sezione. Inoltre dichiara di essere stato informato che il terapista/lo specialista sanitario si adeguerà al rispetto della Tutela della riservatezza della privacy, ai sensi de GDPR 679/2016 (Codice privacy) e del D.Lgs. 101/2018, non diffondendo alcuna informazione relativa alle attività degli alunni presenti nella classe/sezione.

Esprimono pertanto, il proprio consenso con la sottoscrizione della presente dichiarazione

**Plesso:…………………………….. classe:………………. sez.:…… a.s.2023/2024**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alunni** | **Genitori(nome e cognome in**  **stampato maiuscolo)** | **firma** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |

Terzigno,