

ISTITUTO COMPRENSIVO 9° CUOCO SCHIPA

MODULO DI AUTORIZZAZIONE – OSSERVAZIONI di CLASSE

Noi sottoscritti:

Padre: _____
(CF: _____ CI: _____)

Madre: _____
(CF: _____ CI: _____)

Genitori dell'Alunno/a _____
(CF: _____ CI: _____)

Frequentante la Classe _____ presso la Scuola _____
di _____

Ricevute tutte le informazioni necessarie rispetto alle modalità ed alle finalità del Servizio

Letto e sottoscritto, senza riserve, il consenso informato relativo alla legge sulla Privacy (GDPR 679/16) conservato presso gli Uffici di Segreteria della Scuola

AUTORIZZIAMO NON AUTORIZZIAMO

Il/La terapeuta/psicologo/a ad effettuare delle osservazioni nella classe frequentata da nostro/a figlio/a in sua presenza dando atto al fatto che la prestazione verrà effettuata nel rispetto del protocollo scolastico e secondo il calendario comunicato prima dell'inizio delle osservazioni.

AUTORIZZIAMO ☐ NON AUTORIZZIAMO

Il/La terapeuta/psicologo/a qualora lo ritenesse necessario, a condividere con gli insegnanti e con la scuola, attraverso una relazione scritta sintetica inerente, i contenuti dell'osservazione effettuata che sarà consegnata ai docenti, in forma personale o telematica, e conservata presso l'Ufficio di Presidenza, le informazioni strettamente necessarie per la comprensione dell'alunno/a per cui è stata richiesta l'osservazione.

_____, _____

Padre

Firme:

Madre
