MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO VIA DELL'AEROPORTO
Via dell'Aeroporto, 115 - 00175 ROMA - Tel. 067615957
C.F. 97712970587
email: rmic8gh00r@istruzione.it PEC: rmic8gh00r@pec.istruzione.it

Allegato 4

Al Dirigente Scolastico
Al Coordinatore di Classe/Sezione
Ai Docenti del Consiglio di Classe/Team

COMUNICAZIONE INGRESSO TERAPISTA/PROFESSIONISTA SANITARIO ESTERNO A CURA DEL DOCENTE DI CLASSE

Il/La sottoscritto/a _____

COMUNICA

in accordo con la Dirigenza Scolastica e in riferimento alla Procedura di Accesso Terapisti e alla Raccomandazione del Garante n. 1/2025, le seguenti informazioni relative all'accesso di personale esterno per attività terapeutiche/osservative in classe.
Dettagli dell'Intervento Autorizzato Alunno/a interessato/a:
Classe e Sezione:
Nome e Cognome Terapista/Professionista:
Ente di appartenenza (se applicabile):
Tipologia di Intervento:
Periodo di Intervento:
Calendario e Orari
Di seguito si riportano i giorni, gli orari e il docente che sarà presente in aula durante l'intervento:
Giorno: dalle ore _____ alle ore _____ | Docente presente: _____
Giorno: dalle ore _____ alle ore _____ | Docente presente: _____
Giorno: dalle ore _____ alle ore _____ | Docente presente: _____
Giorno: dalle ore _____ alle ore _____ | Docente presente: _____
Giorno: dalle ore _____ alle ore _____ | Docente presente: _____
Giorno: dalle ore _____ alle ore _____ | Docente presente: _____
L'intervento si svolgerà presso _____

Note e Impegni per il Personale Scolastico
Si ricorda a tutto il personale che il professionista esterno è stato autorizzato dal Dirigente Scolastico e si è impegnato formalmente a:
¬ Operare in classe sempre in presenza del docente di riferimento indicato.
¬ Concentrare l'attività esclusivamente sull'alunno interessato, senza interagire direttamente con gli altri studenti della classe.
¬ Rispettare scrupolosamente le norme sulla sicurezza e sulla privacy, garantendo il segreto d'ufficio.

Si invitano i docenti e il personale ATA a collaborare per favorire lo svolgimento dell'attività terapeutica, garantendo un clima di inclusione, e a indirizzare il terapista verso il Dirigente Scolastico o il Coordinatore di Classe per qualsiasi necessità organizzativa.

Luogo e Data: _____ Firma del Docente Comunicante: _____