ACCESSO TERAPISTI / PROFESSIONISTI SANITARI ESTERNI Allegato 4

*Al Dirigente Scolastico*
*Al Coordinatore di Classe*
*Ai Docenti del Consiglio di Classe*
*Ai Collaboratori Scolastici*

**Comunicazione Ingresso Terapista/Professionista Sanitario Esterno A Cura Del Docente Di Sostegno**

Il/La sottoscritto/a _____

**COMUNICA**

in accordo con la Dirigenza Scolastica e in riferimento al Protocollo 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:

_____ dalle ore _____ alle ore _____ Docente presente: _____

_____ dalle ore _____ alle ore _____ Docente presente: _____

_____ dalle ore _____ alle ore _____ Docente presente: _____

_____ 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 lo scrivente o verso il Dirigente Scolastico per qualsiasi necessità organizzativa.

**Data** _____ **Firma del Docente di sostegno** _____