

## DIREZIONE DIDATTICA 2 SANTARCANGELO DI ROMAGNA

Via Santarcangiolo 1733, 47822 Santarcangelo di Romagna (RN) - Tel. 0541.620920 - Codice Mecc. RNEE018005

Cod. Fisc.91015260408 - Mail: [rnee018005@istruzione.it](mailto:rnee018005@istruzione.it) - Pec: [rnee018005@pec.istruzione.it](mailto:rnee018005@pec.istruzione.it) - Sito: [www.circolo2santarcangelo.edu.it](http://www.circolo2santarcangelo.edu.it)

MA016

LIBERATORIA OSSERVAZIONE ESPERTO ESTERNO

REV. 31/08/2025

### LIBERATORIA PER INTERVENTI DI OSSERVAZIONE IN CLASSE DI SINGOLI ALUNNI

Gentili Famiglie, sempre più spesso si rendono necessarie, nelle classi/sezioni delle nostre Scuole, attività di osservazione in classe di singole/i alunne/i durante le attività didattiche e le attività istituzionali della scuola, da parte di professionisti esterni (psicologi/terapisti, logopedisti, fisioterapisti), che vengono richieste dalla famiglia per la/il propria/o figlio e/o dai servizi specialisti della ASL.

Tali attività hanno esclusiva finalità di tutela della salute dei singoli soggetti coinvolti.

Premesso che la scuola, per tutelare al massimo grado il diritto alla riservatezza di alunni, genitori e docenti, autorizzerà tali attività solo se strettamente necessarie per la salute dell'alunna/o interessata/o, si chiede ai genitori di rilasciare apposita autorizzazione a tale attività di osservazione.

Certo della collaborazione di tutti, si porgono cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

*Prof.ssa Silvana Rinaldi*

*Firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 D. Lgs. 39/93*

**Modulo di autorizzazione** da ritagliare e riconsegnare compilato e firmato al docente di classe **entro** \_\_\_\_\_

✂

**I/Il sottoscritti/o:**

**genitore/tutore/affidatario** \_\_\_\_\_ (cognome e nome),

**genitore/tutore/affidatario** \_\_\_\_\_ (cognome e nome),

**esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a** \_\_\_\_\_ ,

**nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **frequentante la**

**scuola**  **Infanzia** \_\_\_\_\_ **sez.** \_\_\_\_\_  **Primaria** \_\_\_\_\_ **classe** \_\_\_\_\_

#### AUTORIZZANO

la Direzione Didattica 2 di Santarcangelo di Romagna, a consentire le attività di osservazione su singoli componenti della classe/sezione, richieste dalle famiglie e/o dai servizi specialisti della ASL

Santarcangelo di Romagna, li \_\_\_\_\_

Firma 1° genitore/tutore/affidatario \_\_\_\_\_ Firma 2° genitore/tutore/affidatario \_\_\_\_\_

Nella eventualità la presente richiesta sia sottoscritta solo da uno dei genitori:

I\_ sottoscritt\_ genitore/tutore/affidatario, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori/tutori/affidatari.

Data \_\_\_\_\_ Il genitore/tutore/affidatario \_\_\_\_\_