ALLEGATO 5

DICHIARAZIONE GENITORI

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti_____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante la Scuola _____, classe _____

CHIEDONO

di poter far entrare nella classe ____ il/la terapista/specialista dott./dott.ssa _____ _____per il/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico per l'attività definita dal progetto allegato dello specialista e di farlo partecipare ai GLO operativi.

_____, lì /__/____ Firma* _____

Firma*_____

Allegato:

Progetto del dott./dott.ssa _____

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

AUTORIZZAZIONE /NON AUTORIZZAZIONE

autorizza/non autorizza

_____, lì ____/__/__

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma

ALLEGATO 4

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ CF: _____

in qualità di dell'alunno/a_____

frequentante la sezione/classe _____

SI IMPEGNA

in nome proprio, nonché, ai sensi dell'art. 1381 c.c., a

i. considerare le informazioni confidenziali e riservate come strettamente private e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali;

ii. utilizzare le Informazioni confidenziali e riservate unicamente allo scopo per le quali sono state fornite o rese note, impegnandosi a non divulgarle a soggetti terzi;

iii. non usare tali informazioni in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti coinvolti né all'Istituzione scolastica ospitante;

iv. non utilizzare in alcun modo i dati e le informazioni in discorso per scopi diversi dall'attività svolta;

v. a garantire la massima riservatezza, anche in osservanza alla vigente normativa sulla privacy, ai sensi del D.lgs. 196/2003, affinché tutte le informazioni acquisite, non potranno in alcun modo, in alcun caso e per alcuna ragione essere utilizzate a proprio o altrui profitto e/o essere divulgate e/o riprodotte o comunque rese note a soggetti terzi.

Gli impegni assunti nel presente Impegno non si applicano alle informazioni, o a parte delle stesse, che nel momento in cui vengono rese note, direttamente o indirettamente, siano già di pubblico dominio, siano già in possesso del soggetto prima all'attività concordata.

_____lì _____

Firma

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE E DEI CARICHI PENALI PENDENTI (TERAPISTA/SPECIALISTA SANITARIO)

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... Il ..... Via .....

residente in ..... codice fiscale ..... In qualità di .....

dell'associazione .....

con sede legale in Via .....

Partita IVA / codice fiscale .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa, ovvero irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.
- che non è mai stata pronunciata, nei confronti del sottoscritto, sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale per qualsiasi reato che incida sulla affidabilità morale e professionale.

Data ___/___/___ FIRMA

_____

NB allegare documento identità