



**ISTITUTO COMPRENSIVO
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SEC. PRIMO
GRADO "EDMONDO CAVICCHI"**

Via Circonvallazione Levante, 61 – Pieve di Cento (BO)
Tel. 051 975001 - Fax 051 973203
<https://iccavicchi.edu.it/>
e-mail: boic80600n@istruzione.it
PEC: boic80600n@pec.istruzione.it

Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

Oggetto: Richiesta ingresso terapista esterno per attività di osservazione legate ad un componente della classe.

DICHIARAZIONE da compilare a cura del terapista

_ I _ sottoscritt _ _____ in qualità di _____ facente parte dell'associazione _____ si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto in base alla legge 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

_ I _ sottoscritt _ solleva altresì l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

*si allega Progetto di osservazione del terapista

Data

Firma

VISTO

☐ Si autorizza

☐ Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Anna Maria TARSITANO