**Informativa a Genitori/Tutori accesso terapista in orari curricolari**

A seguito di specifica richiesta ricevuta dai genitori di un alunno frequentante la classe............., si riportano le informazioni che seguono.

I genitori di un alunno hanno richiesto la presenza di una terapista in classe nel periodo da .................................. a ........................... nell’orario curricolare dalle ore ...................... alle ore ...................... al fine di osservare l’alunno nel suo ambiente classe.

Le finalità e le modalità del piano di osservazione è stato sottoposto agli organi scolastici ed è stato valutato compatibile con le attività ordinarie curricolari.

La fase di osservazione avverrà sempre in presenza dell’insegnante di ruolo o sua sostituta.

L’osservazione non prevede l’uso di dispositivi di video/audio-registrazione, non coinvolgerà in alcun modo gli altri alunni presenti, ma verterà esclusivamente sull’osservazione diretta dell’alunno all’interno del suo ambiente classe, senza interferire con le attività ordinarie.

Il terapista sarà il Dott. .................................................................................iscritto all’Ordine degli ................................................. al n. .........................................................................................

Al fine di acconsentire alla presenza in classe della terapista indicata, valutati i criteri di sicurezza e pertinenza, si richiede relativo consenso da parte dei genitori degli alunni della classe interessata.

 Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Isotta Milia

Data ........................