Mod. 6

Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ai genitori/tutori**

**Alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OGGETTO:** autorizzazione ad accesso specialista in classe in favore di alunno/a con bisogni educativi speciali

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTA** la richiesta della SS.LL. prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

**VISTO** il progetto dello specialista da Voi incaricato allegato alla richiesta;

**VISTE** le dichiarazioni dello specialista da Voi incaricato

**ACQUISITO** il parere del Gruppo di lavoro operativo per l’inclusione che si è espresso sulla richiesta;

**CONCEDE**

l’autorizzazione all’accesso in classe del/della Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per lo svolgimento delle attività concordate e programmate secondo le seguenti modalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il professionista indicato opererà quale autonomo titolare del trattamento per i dati personali, anche di natura particolare (dati sensibili) o giudiziaria raccolti nello svolgimento della propria attività in classe.

|  |  |
| --- | --- |
|  | IL DIRIGENTE SCOLASTICO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |