

Richiesta di autorizzazione alla partecipazione di specialista privato esterno agli incontri del GLO

I sottoscritti _____ e

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale / tutori dell'alunno/a:

Cognome e Nome: _____

Frequentante la classe: _____ Sezione: _____ Plesso: _____

CHIEDONO

che sia autorizzato a partecipare agli incontri del Gruppo di Lavoro Operativo per l'Inclusione (GLO) per l'anno scolastico in corso, il seguente specialista privato:

- Cognome e Nome dello specialista: _____
- Qualifica professionale (es. Psicologo, Logopedista, Psicomotricista): _____
- Iscrizione all'Albo/Ordine (se applicabile): n. _____ Sezione _____ Prov. _____
- Recapito telefonico: : _____
- Indirizzo e mail: _____

A tal fine, i sottoscritti:

1. Dichiarano che lo specialista sopra indicato opera in regime privatistico e che la sua partecipazione avviene a titolo gratuito per l'Amministrazione Scolastica, rivestendo una funzione meramente consultiva e non deliberativa.
2. Autorizzano lo specialista alla trattazione e alla condivisione dei dati personali e sensibili (sanitari e diagnostici) relativi all/alla proprio/a figlio/a durante i lavori del GLO.

Luogo e Data: _____

Firma dei genitori / esercenti la responsabilità genitoriale:

Inviare il modulo compilato in tutte le sue parti al seguente indirizzo di posta elettronica:
vaic865004@istruzione.it

Dichiarazione di impegno alla riservatezza e trattamento dati (Art. 13 GDPR 679/2016)
(Da compilare e firmare a cura dello specialista privato)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ () il // _____

Codice Fiscale: _____

In qualità di (Qualifica professionale): _____

in relazione alla richiesta formulata dalla famiglia dell'alunno/a _____

_____ per la partecipazione ai lavori del
Gruppo di Lavoro Operativo per l'Inclusione (GLO), sotto la propria responsabilità e
consapevole delle sanzioni civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA E SI IMPEGNA A:

1. **Partecipazione consultiva:** Accettare la partecipazione alle sedute del GLO a titolo completamente gratuito nei confronti dell'Istituzione Scolastica, consapevole che il proprio contributo ha valore tecnico-consultivo e non decisionale o deliberativo.
2. **Segreto professionale e riservatezza:** Mantenere il più rigoroso riserbo e il segreto professionale su tutte le informazioni, i dati personali, sensibili e giudiziari di cui verrà a conoscenza durante le riunioni del GLO, sia per quanto riguarda l'alunno/a da lui/lei seguito/a, sia in merito ad altri studenti, docenti o dinamiche scolastiche trattate nel corso dell'incontro.
3. **Divieto di riproduzione:** Non registrare (audio, video o in qualunque altra forma digitale o analogica) i lavori delle sedute e non trattenere copia della documentazione scolastica interna (es. PEI o verbali), se non esplicitamente autorizzato per iscritto dal Dirigente Scolastico o per le finalità connesse alla redazione del Profilo di Funzionamento.
4. **Trattamento Dati (GDPR):** Trattare i dati personali nel pieno rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003, utilizzandoli esclusivamente per il perseguimento delle finalità istituzionali legate all'inclusione scolastica dell'alunno.

Luogo e Data: _____

Firma dello Specialista: _____

Inviare il modulo compilato in tutte le sue parti al seguente indirizzo di posta elettronica:
vaic865004@istruzione.it