



Autorizzazione del Dirigente Scolastico

Oggetto: autorizzazione accesso in classe di professionisti sanitari.

Il Dirigente Scolastico

- vista la **Nota Ministeriale n.8811 del 17/02/2026 – “Raccomandazione del Garante n. 1/2025”**;
- considerate le **indicazioni operative per le istituzioni scolastiche per l’ “Accesso in classe dei professionisti sanitari”**, come approvato dal Garante in data **11/06/2025**;
- acquisita la richiesta della famiglia e del professionista sanitario
- informati i docenti e i genitori/tutori degli altri alunni delle classi interessate;
- verificata la regolarità e la completezza della documentazione prodotta;

AUTORIZZA

il/la professionista sanitario/a dott. _____ ad accedere ai locali scolastici e alla
classe _____ per l'intervento relativo allo studente _____.

Condizioni operative

1. l'intervento è limitato allo studente interessato;
2. le attività si svolgono **in presenza dei docenti**;
3. devono essere rispettate le norme di **riservatezza e sicurezza**;
4. l'accesso avviene nei seguenti giorni/orari: _____;
5. eventuali modifiche devono essere concordate con la scuola.

Periodo autorizzato: dal _____ al _____

Data _____

Il Dirigente Scolastico
