



Istanza di accesso del professionista sanitario alla classe

(coerenti con Raccomandazione Garante n.1/2025)

Alla cortese attenzione del **Dirigente Scolastico**
dell'Istituto Comprensivo "M. D'Oggiono" - Oggiono

Oggetto: richiesta di autorizzazione all'accesso in classe di professionista sanitario.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
Codice fiscale _____, Professione sanitaria _____

Iscritto/a all'Ordine professionale _____ n. _____ Ente/struttura di appartenenza

PREMESSO CHE

lo studente _____ frequentante la classe _____ dell'Istituto è inserito in un
percorso terapeutico/riabilitativo/assistenziale, l'intervento richiesto rientra nel **piano terapeutico o
progetto di vita** dell'alunno;

CHIEDE

l'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici e alla classe dell'alunno/a sopra indicato/a nel/i giorno/i
_____, dalle ore _____ alle ore _____, al fine di svolgere attività professionale coerente con il
piano terapeutico/riabilitativo.

Dichiara:

- di operare nel rispetto del **diritto allo studio e alla salute dell'alunno**;
- di limitare l'intervento allo studente interessato;
- di rispettare gli obblighi di **riservatezza e protezione dei dati personali**;
- di operare **in presenza del personale scolastico** secondo le modalità organizzative definite dalla scuola.

Allega:

1. copia documento di identità
2. attestazione professionale / iscrizione ordine
3. documentazione clinica o attestazione del percorso terapeutico
4. consenso informato della famiglia

Data _____

Firma _____