

Ministero dell’Istruzione e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE “SANDRO PERTINI”

Sede di Via Napoli, 3 - 00045 Genzano di Roma - Tel**.** 06121125600 -

Indirizzi: ITE Amministrazione, finanza e marketing - ITT Informatica e telecomunicazioni –

Sede di Via della Stella, 7 - 00041 Albano Laziale - Tel 06121126605 Indirizzo ITE Turismo

Cod. mecc. RMIS05300L - C.F. 90049420582 – Ambito territoriale Lazio 15

**Sito web:** [**https://www.pertinigenzano.edu.it**](about:blank) **- E-mail:** [**rmis05300l@istruzione.it**](about:blank) **– P.E.C.:** [**rmis05300l@pec.istruzione.it**](about:blank)

**Allegato 1 Ai Sigg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alla Dirigente Scolastica dell'I.I.S.“S. Pertini” Genzano di Roma, via Napoli 3**

**OGGETTO: disponibilità a partecipare ai GLO nel ruolo di specialista privato autorizzato dai genitori**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

**□ Assistente all’autonomia e alla comunicazione**

**□ Specialista e Terapista ASL** (logopedista, neuropsicomotricista, psicologo, ecc.)

**□Specialista e Terapista privato** (psicologo, logopedista, terapista della neuropsicomotricità, ecc.)

**□ Operatore dell’Ente Locale** (nell’ambito di un Progetto Individuale art. 14 L. 328/2000)

**□ Altro (specificare):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

su richiesta dei sigg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* la propria disponibilità a far parte del GLO dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* il proprio impegno a mantenere riservati i dati personali sensibili e qualunque altro dato o informazione appresi nello svolgimento dei lavori del GLO
* che per la partecipazione alle attività del GLO non percepirà alcun compenso, indennità, gettone di presenza, rimborso spese e qualsivoglia altro emolumento

Il dichiarante

Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si allega fotocopia del documento di identità*