**Al Dirigente Scolastico**

**del CPIA 1 Foggia**

**Prof.ssa Antonia Cavallone**

**OGGETTO:** Richiesta di autorizzazione all’accesso/intervento di personale esterno alla scuola, in orario scolastico, presso il C.P.I.A. 1 Foggia, Punto di Erogazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Il /La sottoscritto/a ……………………………………………………………………. in qualità di:

* Referente di plesso
* Docente

**chiede**

Che il/la Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venga autorizzato/a ad accedere al C.P.I.A. 1 Foggia, Punto di Erogazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per svolgere un intervento di attività laboratoriale del progetto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di :

□ esperto

□ parente di alunno/a

□ altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per approfondimento / supporto / collaborazione **a titolo gratuito** in merito a proposte didattiche,

progetti, attività, etc. come di seguito indicato:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Ora  dalle | Ora  alle | classe/i coinvolta/e | attività da svolgere |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza lo scatto di fotografie riguardanti l’attività progettuale per uso esclusivamente scolastico ed eventualmente da pubblicare sul sito dell’Istituto e sui social.

Oltresì, dichiara di non divulgare, sui social, fotografie, video e informazioni inerenti gli alunni e le attività laboratoriali a cui partecipa, previa autorizzazione della Dirigente Scolastica.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ si impegna a rispettare le Indicazioni Strategiche dell’Istituto Superiore di Sanità riportate nella Nota Ministeriale prot. 1998 del 19/08/2022 e le misure di prevenzione di base indicate nel Vademecum trasmesso con Nota Ministeriale prot. 1199 del 28/08/2022 e le successive eventuali modiche pubblicate anche nel corso dell’anno scolastico.

Firma di autocertificazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Leggi 15/1968,127/1997,131/1998;DPR 445/2000)

Il sottoscritto presa visione dell’informativa resa dalla scuola ai sensi dell’art.13 del decreto legislativo n.196/2003, dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto legislativo 30/06/2003, n.196 e Regolamento ministeriale 7.12.2006 n.305.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla Istituzione scolastica nel rispetto delle norme sulla privacy, di cui al Regolamento definito con Decreto Ministeriale 7 dicembre 2006, n.305.

Firma per autorizzazione al trattamento dei dati personali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del docente

…………………………………………….

Foggia lì \_\_/\_\_/\_\_\_\_ visto: □ si autorizza

□ non si autorizza

Il Dirigente scolastico

Prof.ssa Antonia Cavallone

…………………….………………………