Al Dirigente Scolastico
IC "Via Guicciardini 8"
Roma

OGGETTO: DISPONIBILITÀ A PARTECIPARE AI GLO NEL RUOLO DI SPECIALISTA PRIVATO AUTORIZZATO DAI GENITORI (ai sensi D.I. n.182/20 come modificato dal D.I. n. 153/23)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____ (indicare qualifica professionale: Specialista/ Terapista/ Operatore) su richiesta dei sigg. / del... sig.... _____ genitori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____, sez. _____, plesso _____

DICHIARA

- la propria disponibilità a partecipare alle riunioni del GLO costituito dall'Istituto Comprensivo "Via Guicciardini 8" per l'alunno;
- il proprio impegno a mantenere riservati i dati personali sensibili e qualunque altro dato o informazione appresi nello svolgimento dei lavori del GLO;
- di essere consapevole che la propria partecipazione al GLO ha solo valore consultivo.

Data…….

Firma del dichiarante

_____