Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto Comprensivo IC PG5

**OGGETTO:** **DISPONIBILITÀ A PARTECIPARE AI GLO NEL RUOLO DI SPECIALISTA PRIVATO AUTORIZZATO DAI GENITORI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare qualifica professionale: specialista? Terapista? Operatore) su richiesta dei sigg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* la propria disponibilità a far parte del GLO costituito dall’Istituto Comprensivo IC PG5
* il proprio impegno a mantenere riservati i dati personali sensibili e qualunque altro dato o informazione appresi nello svolgimento dei lavori del GLO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

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