

Allegato 2

**Alla Dirigente Scolastica
IC di Castel Maggiore**

Oggetto: Dichiarazione a cura del terapeuta

_ I _ sottoscritt _ _____ nato/a a _____
Il _____ residente a _____
alla via _____ C.F. _____

DICHIARA

- di aver assunto l'incarico per conto dei sigg. _____
genitori dell'alunno/a _____
- che l'incarico svolto presso l'Istituto Comprensivo di Castel Maggiore non comporta oneri finanziari a carico della scuola;
- di essere titolare di polizza assicurativa n. _____ stipulata con l'agenzia _____ e pertanto solleva l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa;

SI IMPEGNA

- a prendere visione dell'organigramma della sicurezza e dei piani di emergenza dell'istituto;
- a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto in base alla legge 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

_ I _ sottoscritt _ solleva altresì l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

Castel Maggiore, _____

Firma _____