



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "POGGIALI - SPIZZICHINO"**  
00147 R O M A - VIA A. LEONORI , 74 - C.F. 97712300587 - COD. MECC. RMIC8FF00E  
[Tel.0695955222](tel:0695955222) [email rmic8ff00e@istruzione.it](mailto:rmic8ff00e@istruzione.it) [Pec rmic8ff00e@pec.istruzione.it](mailto:rmic8ff00e@pec.istruzione.it)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**Oggetto: richiesta autorizzazione per accesso di persone estranee alla scuola.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto,

**CHIEDE**

che il/la sig. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_  
venga autorizzato/a a svolgere un intervento nella classe \_\_\_\_\_ o presso il teatro del  
plesso \_\_\_\_\_, per le classi \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_,  
relativo all'attività/spettacolo \_\_\_\_\_.  
A tal fine dichiara che l'intervento avrà luogo in data/nel periodo \_\_\_\_\_, con  
il seguente orario \_\_\_\_\_, alla presenza dei docenti \_\_\_\_\_.

**DICHIARAZIONE**

Il/la sottoscritto/a si impegna a non divulgare notizie e/o dati sensibili di cui venisse a conoscenza durante la permanenza nell'Istituto, ai sensi della L.196/2003 e successive integrazioni o modifiche.

Il/la sottoscritto/a solleva altresì l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità in ordine a infortuni o sinistri accidentali come parte lesa.

Data \_\_\_\_\_ Firma docente richiedente \_\_\_\_\_

n. documenti esperto \_\_\_\_\_, di cui si allega copia.

Firma esperto \_\_\_\_\_



Si autorizza

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**