ACCESSO TERAPISTI / PROFESSIONISTI SANITARI ESTERNI

Allegato 1 – da presentare in segreteria almeno 5 giorni lavorativi prima dell'inizio dell'intervento

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. di Osio Sotto
bgic861008@istruzione.it

Richiesta dei genitori per l'ingresso di uno specialista/terapista esterno per attività di osservazione del proprio figlio

Noi sottoscritti _____ genitori di _____
frequentante la classe _____ del plesso _____ a.s. ____ / ____

CHIEDIAMO

che il dottor _____, in qualità di _____ facente parte dell'associazione _____, possa accedere alla scuola/classe per effettuare l'osservazione di nostra/o figlia/o, a titolo gratuito per la scuola in data:

_____ dalle ore _____ alle ore _____

_____ dalle ore _____ alle ore _____

_____ dalle ore _____ alle ore _____

_____ dalle ore _____ alle ore _____

AUTORIZZIAMO

la scuola, nel caso in cui l'osservazione avvenga in classe, a predisporre la circolare informativa, per i genitori della classe, in cui viene indicato che la presenza del terapista esterno è **"legata ad un'attività di osservazione di un componente della classe".**
Data _____

**Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

Firma dei genitori *

_____ _____