



**ISTITUTO COMPRENSIVO
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SEC. PRIMO
GRADO "EDMONDO CAVICCHI"**

Via Circonvallazione Levante, 61 – Pieve di Cento (BO)
Tel. 051 975001 - Fax 051 973203
<https://iccavicchi.edu.it/>
e-mail: boic80600n@istruzione.it
PEC: boic80600n@pec.istruzione.it

Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

Oggetto: Richiesta ingresso terapista esterno per attività di osservazione legate ad un componente della classe.

Noi sottoscritti _____ genitori/esercenti la
responsabilità genitoriale di _____ frequentante la sezione/ classe _____
del plesso _____ a.s. ____/____

CHIEDIAMO

che il dottor _____, in qualità di _____ facente parte
dell'associazione _____, possa entrare nella classe per effettuare
l'osservazione della/del nostra/o figlia/o.

L'intervento non comporterà per l'Amministrazione alcun onere economico di carattere remunerativo,
contributivo e/o assicurativo. Non comporterà rischi di alcun genere per l'alunno destinatario né per
soggetti terzi.

La famiglia dichiara di sollevare fin d'ora la Scuola e i docenti da ogni responsabilità derivante dal presente
accesso e intervento o ad esso collegato.

La scuola si riserva di verificare i titoli professionali dello specialista.

CHIEDONO ALTRESÌ

la possibilità di partecipazione del suddetto/a esperto/a al GLO. e

AUTORIZZIAMO

la scuola 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 _____

Firma dei genitori _____

VISTO

☐ Si autorizza

☐ Non si autorizza

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Anna Maria TARSITANO