

**ALLEGATO 1 - RICHIESTA DEI GENITORI PER L'ACCESSO IN CLASSE DEL PROFESSIONISTA
SANITARIO/TERPISTA**

ALLA Dirigente Scolastica
Direzione didattica I Circolo
Agropoli (SA)

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno _____ frequentante la classe ____ sez. _____
del plesso _____ a .s. ____ / ____

CHIEDONO

che il/la Sig. /Sig.ra _____, in qualità di

facente parte della cooperativa/ente
_____ ,

possa entrare nella classe per effettuare quanto previsto dal piano terapeutico (fornito in allegato) per il/la
figlia/o e

AUTORIZZANO

la scuola a predisporre la circolare informativa, per i genitori della classe, in cui viene indicato che la
presenza del terapeuta esterno è legata al piano terapeutico di un componente della
classe.

Data _____

Firma dei genitori *

***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.

ALLEGATI : 1) Progetto di osservazione del terapeuta 2) documento di identità dello specialista

Firma del genitore *
