

	Istituto Comprensivo BRUINO Piazza Donatori di Sangue, 1 - 10090 - BRUINO - TO Tel. 011.9094470 C.F. 95565680014 cod. meccanografico TOIC837002 www.icbruino.edu.it toic837002@istruzione.it toic837002@pec.istruzione.it	
---	--	---

Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

Oggetto: “Richiesta ingresso terapista esterno per attività di osservazione legate ad un alunno/a della classe”

Noi sottoscritti _____ genitori
dell'alunno _____ frequentante la classe _____
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 in data _____ alle ore _____

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 alunno/a della
classe, in totale riservatezza e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati.**

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*
