

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Via F. Laparelli, 60
Roma**

Oggetto : Richiesta accesso di un terapeuta a scuola

Noi sottoscritti.....e..... genitori
di.....frequentante la classedel plesso
.....a.s...../.....

CHIEDIAMO

che il dottor/la dottoressa....., in qualità di
..... facente parte dell'associazione
possa avere accesso a scuola per attività di osservazione dell'alunno
..... ☐ all'esterno della classe ☐ all'interno della classe
e di confronto e collaborazione con i docenti del TEAM/CDC

Data

Firma dei genitori*

Si allega progetto del terapeuta contenente le seguenti informazioni:

- motivazione e finalità dell'intervento;
- durata prevista;
- giornate e orari di accesso;
- modalità operative;
- garanzia di flessibilità organizzativa
- impegno alla riservatezza (modulo a parte)

*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.