MODELLO B

Alla Dirigente Scolastica
dell'I. C. "A. Toscanini" di Aprilia

Progetto terapeutic**o / progetto di osservazione in classe**
Professionista _____Ordine professionale_____
□ Medico
□ Neuropsichiatra infantile
□ Psicologo
□ Logopedista
□ Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
□ Terapista occupazionale
□ Educatore professionale socio-sanitario
□ Fisioterapista
□ Altro _____
Alunno _____Classe_____ Scuola _____

Finalità dell'intervento e attività previste

_____
_____
_____
_____
_____

Durata prevista del percorso (inizio-fine)

Dal _____ al _____

Giorni e orari indicativi

_____

Modalità operative di osservazione

_____
_____

Data _____

Firma specialista

_____

I genitori dell'alunno/a_____ per presa visione e per consenso

Firma* _____ Firma* _____

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente 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.