MODELLO A

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

Richiesta di accesso del professionista sanitario

I sottoscritti_____
in qualità di □ genitori □ esercenti la responsabilità genitoriale
dell'alunno/a_____
frequentante la scuola □ infanzia □ primaria □ secondaria classe _____ sezione _____
plesso_____

CHIEDENO

l'autorizzazione all'accesso del seguente professionista sanitario:
Nome e Cognome _____
Professione _____
Finalità dell'accesso:
□ Osservazione in classe
□ Osservazione con supporto tecnico fuori dalla classe.
□ Incontro tecnico solo con i docenti.
□ Altro _____

Allegati
□ Documento di identità del professionista
□ Modello B
□ Modello C

Dichiarazione dei richiedenti

I sottoscritti dichiarano che la presente richiesta è formulata nell'esclusivo interesse dell'alunno e nell'ambito del percorso terapeutico, riabilitativo o assistenziale in essere.

Data _____

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.