*Modello A*

***RICHIESTA ACCESSO TERAPISTI***

 Al Dirigente

 I. C. “Aristide Leonori”

I sottoscritti e genitori dell’alunno/a

 frequentante la Scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe\_\_\_\_\_

# Chiedono

Di poter far entrare nella classe \_ il/la terapista/specialista

Dott./Dott.ssa \_ per il/la proprio/a figlio/a durante l’orario didattico per l’attività definita dal progetto allegato.

Roma, lì\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

 Firma\*

Firma\*

Allegato: progetto del Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** 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 245/2000, 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.