

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "1 Capoluogo" Poggiomarino

I sottoscritti _____ e _____
in qualità di genitori/esercanti la potestà genitoriale dell'alunno/a _____
frequentante la Scuola _____, classe _____

Chiedono

di poter far entrare nella classe _____ il terapeuta/lo specialista dott./dott.ssa _____
_____ per il/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico
per l'attività definita dal progetto allegato.

Poggiomarino, li ___/___/_____ Firma* _____

Firma* _____

Allegato: progetto del/la dott./dott.ssa _____

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, 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.

AUTORIZZAZIONE /NON AUTORIZZAZIONE

Il Dirigente Scolastico
autorizza/non autorizza

Poggiomarino, li ___/___/_____

Firma _____