



ISTITUTO COMPRENSIVO PIOSSASCO I

Via Volvera,14 - 10045 - PIOSSASCO (TO)

☎ 011/9064161 - 9069018

C. F. 95616390019 - C.M. TOIC8AE005

E-mail: toic8ae005@istruzione.it PEC: toic8ae005@pec.istruzione.it

sito: www.icpioassasco1.edu.it



Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

Oggetto: Richiesta ingresso terapista esterno per attività di osservazione legate ad un componente della classe.

Noi sottoscritti _____

genitori dell'allievo/a _____ frequentante la
classe _____ del plesso _____ a. s. _____

CHIEDIAMO

che il/la Dottor/Dottoressa _____ , in qualità di
_____ facente parte dell'Associazione/ASL _____
_____, possa entrare nella classe, il giorno ____/____/____ per effettuare
l'osservazione di nostro/a figlio/a e

AUTORIZZIAMO

la scuola a predisporre la circolare informatica, per i genitori della classe, in cui viene indicato che la presenza del terapista esterno è legata ad un'attività di osservazione di un componente della classe, in totale riservatezza e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati.

Data _____

Firma dei genitori *

**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.*

Firma _____