



ISTITUTO COMPRENSIVO COAZZE

Via San Sebastiano n. 3 - 10094 GIAVENO TO - Tel. 011.9376083

CODICE UNIVOCO: UFCOQ5

Codice ministeriale: TOIC86800N - Codice Fiscale: 86045820015

e-mail istituzionale (PEO): [TOIC86800N@istruzione.it](mailto:TOIC86800N@istruzione.it)

e-mail certificata (PEC): [TOIC86800N@pec.istruzione.it](mailto:TOIC86800N@pec.istruzione.it)

sito internet: [www.iccoazze.edu.it](http://www.iccoazze.edu.it)



Alla Dirigente Scolastica dell'IC Coazze

**OGGETTO: Richiesta di accesso in classe in orario curricolare per specialista/terapista privato**

I sottoscritti:

**Genitore/Tutore 1:** Cognome e Nome \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Tel./Email \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Genitore/Tutore 2:** Cognome e Nome \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Tel./Email \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

genitori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_

iscritto/a e frequentante per l'a.s. 20 \_\_\_\_/\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_

☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria I Grado plesso: \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

l'autorizzazione per l'accesso nei locali scolastici e nell'aula dell'alunno/a, in orario curricolare, per il/la seguente professionista:

- Cognome e Nome: \_\_\_\_\_
- Qualifica: ☐ Psicologo/a ☐ Terapista ABA / Comportamentale ☐ TNPEE
- ☐ Logopedista ☐ Altro: \_\_\_\_\_
- Recapito Tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## DICHIARANO

- Di aver condiviso con il professionista le finalità dell'intervento e il progetto di osservazione allegato;
- Di essere a conoscenza che l'attività si svolgerà alla presenza del docente di classe, con modalità non invasive rispetto alla didattica e senza alcun coinvolgimento degli altri alunni;
- Di impegnarsi a far pervenire alla scuola, al termine dell'osservazione, il report di valutazione redatto dal professionista.

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

**Firma del genitore/tutore 1**

**Firma del genitore/tutore 2**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(Compilare la sezione sottostante solo in caso di sottoscrizione da parte di un solo genitore)*

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

*(Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)*

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **dichiara sotto la propria responsabilità** 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.

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

**Firma del genitore richiedente**

\_\_\_\_\_