AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO "GINO STRADA"
MONTE URANO -FM-

I sottoscritti _____e _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____ della scuola:

☐ dell'infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di primo grado

nel Comune di

☐ Magliano di Tenna ☐ Monte Urano ☐ Rapagnano ☐ Torre San Patrizio

AUTORIZZANO

i colloqui tra i docenti e _____,
in qualità di

- ☐ mediatore linguistico
- ☐ terapista privato
- ☐ clinico di riferimento
- ☐ struttura/servizio di riferimento
- ☐ altro: _____

al fine di facilitare lo scambio di informazioni su nostro/a figlio/a necessarie per la costruzione di pratiche educative/didattiche condivise.

Lo scambio potrà avvenire (è possibile individuare più modalità):

- ☐ telefonicamente
- ☐ in videochiamata tramite piattaforma d'Istituto
- ☐ in presenza (previa comunicazione di data e orario).

A tal fine, si forniscono i contatti dello specialista:

telefono: _____ mail: _____

_____, ___/___/_____
Luogo *Data*

Firma di entrambi i genitori

_____ _____

NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE, COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data ___/___/_____

Firma _____