

	<p style="text-align: center;">ISTITUTO COMPRENSIVO "LUIGI DENZA – C.MARE 4"</p> <p style="text-align: center;">80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d'Orto tel.: 081/8701043 email: NAIC847006@istruzione.it P.E.C. naic847006@pec.istruzione.it Codice Meccanografico NAIC847006 – C.F. 82009060631</p>	
--	--	--

Modello A

DICHIARAZIONE GENITORI

Al Dirigente Scolastico dell'IC DENZAC.MARE 4

I sottoscritti _____ (MADRE) e _____ (PADRE) genitori
dell'alunno/a _____ frequentante la Scuola _____ classe
_____ sez. _____

CHIEDONO

di poter far entrare nella classe _____ il/la terapeuta/specialista dott./dott.ssa
_____ per il/la proprio/a figlio/a durante
l'orario didattico per l'attività definita dal progetto in allegato dello specialista, come da verbale del GLO.

DATA (giorni di accesso)	ORARI (orario di ingresso e di uscita)

Castellammare , li _____ / _____ / _____ Firma* _____

Firma*

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 445/2000, 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.

Da allegare:

- Copia Documento di identità terapeuta/specialista
- COPERTURA POLIZZA ASSICURATIVA (con relativo numero identificativo)

Progetto del dott./dott.ssa _____

AUTORIZZAZIONE /NON AUTORIZZAZIONE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- ☐ Autorizza
☐ Non autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
