

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di Montecorvino Pugliano

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ genitori dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la Scuola \_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_

**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 dello specialista allegato.

Montecorvino Pugliano, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Firma\* \_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_

Allegato: progetto del 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 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.

**DICHIARAZIONE DOCENTI**

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di Montecorvino Pugliano

I docenti della classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_, presa visione della richiesta dei  
genitori dell'alunno/a fatta in data \_\_\_\_\_, acconsentono all'accesso in classe del dott./dott.ssa  
\_\_\_\_\_ durante le ore di attività didattica come da progetto da condividere con la  
famiglia e l'esperto esterno in data \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE /NON AUTORIZZAZIONE**

Il Dirigente Scolastico autorizza/non autorizza

Montecorvino Pugliano, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_