APIC825004 - A3885A9 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0000840 - 31/01/2026 - I.1 - U

Modello A

RICHIESTA DEI GENITORI
(o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

Alla Dirigente Scolastica
dell'I.C. di Falerone
Prof.ssa Oda Gesuè

I sottoscritti _____e_____
genitori dell'alunno/a_____frequentante la classe_____sezione_____di codesto Istituto

CHIEDONO

l'accesso nella classe suddetta del/la terapista/specialista dott./dott.ssa _____per effettuare attività di osservazione del/la proprio/a figlio/a durante l'orario didattico come da progetto allegato alla presente.
Nessun pagamento è dovuto dalla scuola al/la terapista/specialista.

Falerone, _____

Firma dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale

_____ _____