

	<b>Istituto Comprensivo BRUINO</b> Piazza Donatori di Sangue, 1 - 10090 - BRUINO - TO Tel. 011.9094470 C.F. 95565680014 cod. meccanografico TOIC837002 www.icbruino.edu.it <a href="mailto:toic837002@istruzione.it">toic837002@istruzione.it</a> <a href="mailto:toic837002@pec.istruzione.it">toic837002@pec.istruzione.it</a>	
---	--	---

## Modello A – Richiesta Ingresso Terapista

**Oggetto: “Richiesta ingresso terapista esterno per attività di osservazione legate ad un alunno/a della classe”**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori  
dell'alunno \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
Plesso \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### CHIEDIAMO

Che il dottor \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ facente parte  
dell'associazione \_\_\_\_\_, possa entrare nella classe per effettuare  
l'osservazione della/del nostra/o figlia/o e

### AUTORIZZIAMO

La scuola a predisporre la circolare informativa, per i genitori della classe, in cui viene indicato che  
**la presenza del terapista esterno è legata ad un'attività di osservazione di un alunno/a della  
classe, in totale riservatezza e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati.**

Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori\***

\_\_\_\_\_

*\*Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/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*

\_\_\_\_\_