

	<p style="text-align: center;"><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></p>	
---	---	---

**Modello D – Richiesta incontro tecnico**

**Oggetto: “Richiesta incontro tecnico terapeuta con personale della scuola”**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori di \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ del  
plesso \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDIAMO**

che il dottor \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_  
facente parte dell’associazione \_\_\_\_\_, possa avere  
accesso a scuola per un incontro tecnico con \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori \***

\_\_\_\_\_

**Firma del terapeuta**

\_\_\_\_\_

\*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.