

Modello B (TERAPISTA/SPECIALISTA)

**Al Dirigente
scolastico Dell'I.C.
Porto Torres 1**

**PROGETTO DI OSSERVAZIONE/INTERVENTO SULL'ALUNNO/A
DELLA CLASSE/SEZIONE_____**

MOTIVAZIONE DETTAGLIATA DELL'OSSERVAZIONE:

FINALITÀ:

OBIETTIVI:

MODALITÀ DELL'OSSERVAZIONE/INTERVENTO:

DURATA DEL PERCORSO (INIZIO E FINE):

GIORNI ED ORARI DI ACCESSO RICHIESTI:

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa _____ garantisce la massima flessibilità organizzativa relativamente ai giorni e agli orari di accesso indicati nel progetto che dovranno essere concordati preventivamente con la Dirigenza e potranno subire variazioni a seguito di attività di ampliamento dell'offerta formativa o visite guidate e viaggi di istruzione programmati dall'Istituzione scolastica e comunicati con congruo preavviso allo specialista/terapista.

Porto Torres, _____/_____/_____

Firma dello specialista/terapista

Firma dei genitori *

Allegati:

Documento di identità in corso di validità del Dott./Dott.ssa

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

Il/La sottoscritt _____, padre/madre/esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA che __l padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente autorizzazione alle uscite didattiche sul territorio

oppure

DICHIARA di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Data, _____ Firma _____