All'attenzione del Dirigente Scolastico
dell'Istituto comprensivo Vinci e
Capraia e Limite

RICHIESTA COLLOQUIO TERAPISTA/PEDIATRA

Noi sottoscritti _____

Genitori/tutori/esercenti la responsabilità genitoriale di _____

frequentante la classe _____della Scuola_____

AUTORIZZIAMO

i docenti/il team docente ad effettuare colloqui con i terapisti/ di nostro/a figlio/a e

DIAMO ESPRESSO CONSENSO

a svolgere tali colloqui sia in nostra presenza sia in nostra assenza per l'interesse esclusivo e primario di nostro/a figlio/a, e a trattarne tutti i dati personali e sensibili necessari a una migliore presa in carico.

La suddetta autorizzazione sottoscritta e firmata vale:

- ☐ esclusivamente per la/le seguente/i data/e _____
- ☐ per tutto l'anno Scolastico_____
- ☐ per tutto il ciclo scolastico.

Firma dei genitori

Nome, cognome genitore _____firma _____

Nome, cognome genitore_____firma_____

- Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, 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 gli artt.316,337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____

****

VISTO, SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Francesca Polidori