AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO TABARRINI DI POMARANCE

I sottoscritti:

GENITORE 1 _____

GENITORE 2 _____

genitori dell'alunno/a _____ della classe _____ sezione ___

della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di I grado di _____

AUTORIZZANO

la scuola (Dirigente Scolastico e Docenti) a contattare gli specialisti e gli operatori dell'ASL/Ente Accreditato _____

Servizio riabilitativo/sociale, che segue l'alunno/a, anche in loro assenza, per concordare le modalità educativo-didattiche operative comuni.

Indicano pertanto i seguenti specialisti con relativi recapiti telefonici ed indirizzi e-mail:

Dott. _____

Dott. _____

Dott. _____

Ringraziando anticipatamente

Distinti saluti.

I GENITORI DELL'ALUNNO/A

GENITORE 1 _____

GENITORE 2 _____

Nel caso in cui abbia compilato un solo genitore: "Il/la sottoscritto/a, 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".

FIRMA

_____