



OGGETTO: autorizzazione dei genitori per incontro docenti ed esperto esterno.

I sottoscritti,

[Empty box for signature]

tutori/genitori dell'alunno/a

della Scuola

dell' Infanzia Primaria Secondaria I grado, classe/sez.

[Empty box for class/section]

AUTORIZZANO

l'incontro in presenza a distanza che si svolgerà in data

[Empty box for date]

dalle ore

[Empty box for start time]

alle ore [Empty box] tra ins. di sostegno e coordinatore di classe/ docenti del team del suddetto

Istituto Comprensivo e l'esperto*

[Empty box for expert name]

con la finalità di uno scambio di informazioni riguardanti l'alunno/a in un'ottica di collaborazione e progettualità condivisa.

Bordighera,

[Empty box for location]

I genitori/i tutori

* neuropsichiatria infantile, psicologo, logopedista, fisiatra, psicomotricista, altro specialista/nome e cognome

Nel caso firmi un solo genitore:

Il firmatario, consapevole delle conseguenze amministrative e penali di chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, **DICHIARA** di aver sottoscritto quanto richiesto 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

[Empty box for signature]

N.B.: inviare ad imic80800q@istruzione.it, insieme a fotocopia dei documenti dei richiedenti, oppure a imic80800q@pec.istruzione.it

Parte riservata all'Ufficio:

All'ins. Coordinatore di classe
All'interessato
Agli atti

Visto, si autorizza

Bordighera, (data prot.)

Il Dirigente Scolastico