



ISTITUTO COMPRENSIVO DI ARGELATO

40050 ARGELATO (BO) - VIA I MAGGIO 8
Tel. +39 051 6630611 - Fax 051 6633468 - C.M. boic833002 - C.F. 91200110376
Email boic833002@istruzione.it - PEC boic833002@pec.istruzione.it



MODULO GLO - da compilare da parte della famiglia dell'alunno/a

RICHIESTA DI NOMINA DEL TERAPISTA PRIVATO QUALE COMPONENTE DEL GRUPPO DI LAVORO PER L'INCLUSIONE

Al Dirigente Scolastico
IC di Argelato

I sottoscritti _____ e _____ genitori/affidatari/tutori
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____,
della scuola _____

dichiarano
di aver letto il Protocollo dell'IC di Argelato
chiedono

che il/la Dott./Dott.ssa _____ terapeuta/specialista
privato venga nominato/a quale componente del Gruppo di Lavoro per l'Inclusione secondo le
previsioni dell'art. 3 comma 6 del DI 182/2020 e correttivo Dlgs 153/2023.

Si allega la seguente documentazione:

Modulo 2)

Allegano documento di Identità del Terapista Privato e _____

Lì _____ firma* _____

-

firma* _____

Allegato:



ISTITUTO COMPRENSIVO DI ARGELATO

40050 ARGELATO (BO) - VIA I MAGGIO 8
Tel. +39 051 6630611 - Fax 051 6633468 - C.M. boic833002 - C.F. 91200110376
Email boic833002@istruzione.it - PEC boic833002@pec.istruzione.it



Progetto del Dott./Dott.ssa _____ a tal fine, allega tutta la documentazione richiesta.

*qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, 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 agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

autorizzazione /non autorizzazione

Li _____

Il Dirigente Scolastico

autorizza/non autorizza