



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 1 - da compilare da parte della famiglia dell'alunno

RICHIESTA DI ACCESSO

Al Dirigente Scolastico
IC di Argelato

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

chiedono

di poter far entrare nella classe _____ il /la terapeuta/specialista/dott./dott.ssa
_____ per il/la propria figlio/a durante l'orario didattico per
l'attività definita dal progetto allegato dello specialista.

Li _____ firma* _____

-

firma* _____

Allegato:

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



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



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