



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 2 - da compilare da parte del Terapista che segue l'alunno/a e solo per le parti di interesse (da produrre su carta intestata della struttura o del professionista) -

PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE E/O DI INTERVENTO DEL TERAPISTA PRIVATO

Al Dirigente Scolastico
di Argelato

Progetto di osservazione in classe e/o intervento alunno/a _____

- durata del percorso terapeutico (inizio e fine) _____
- giorno ed orario di accesso richiesti, concordati con il Team /Consiglio di Classe - inviare a boic833002@istruzione.it e alla Funzione Strumentale fs.inclusione@icargelato.edu.it solo per conoscenza; _____;
- motivo e oggetto dell'osservazione

- modalità dell'osservazione

Luogo e data _____ firma terapeuta/specialista _____



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



I genitori dell'alunno/a _____ per presa visione e per consenso

firma* _____

firma* _____

*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.