



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 6 - da compilare da parte della famiglia dell'alunno con terapeuta privato

RICHIESTA DI COLLOQUIO/RELAZIONE SCRITTA/COMPILAZIONE DI DOCUMENTO

Al Dirigente Scolastico
I.C. di Argelato

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

chiedono di autorizzare i docenti ad

- ☐ () effettuare un colloquio
- ☐ () redigere una relazione scritta
- ☐ () compilare un documento

con/per il/la terapeuta/specialista privato dott./dott.ssa _____ per
il/la proprio/a figlio/a.

firma* _____

firma* _____

Si allega il MODULO 7 -

progetto del dott./dott.ssa _____

*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