



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 7 - da compilare da parte del Terapista privato che segue l'alunno/a

MOTIVAZIONE E FINALITA' PER LA RICHIESTA DI COLLOQUIO/ RELAZIONE SCRITTA / COMPILAZIONE DI DOCUMENTO

Al Dirigente Scolastico
IC di Argelato

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____ in qualità di
_____ dell'alunno/a _____ frequentante la scuola
_____ sezione/classe _____

richiede di autorizzare i docenti a

- ☐ () effettuare un colloquio
- ☐ () redigere una relazione scritta
- ☐ () compilare un documento - (*Allegare il documento da compilare*)

per il seguente motivo e finalità

I tempi del colloquio verranno concordati con i docenti della sezione/classe

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

firma* _____ firma* _____



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



*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

Li _____

Il Dirigente Scolastico