****

**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “BUONARROTI”**

Via IV Novembre,38 - 20094 Corsico (MI) - tel. 02.45100100

email: [miic88800v@istruzione.it](mailto:miic88800v@istruzione.it); p.e.c. [miic88800v@pec.istruzione.it](mailto:miic88800v@pec.istruzione.it)

[www.icbuonarroticorsico.edu.it](http://www.icbuonarroticorsico.edu.it)

Al Dirigente Scolastico

dell’IC Buonarroti-Corsico

**RICHIESTA DELLA FAMIGLIA**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dell’alunno/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, classe \_\_\_\_\_\_\_

**Chiedono**

di poter far entrare nella classe \_\_\_\_\_\_\_\_ il/la terapista/specialista dott./dott.ssa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il/la proprio/a figlio/a durante l’orario didattico per l’attività

definita dal progetto dello specialista allegato.

Corsico, lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato: progetto del dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, consapevole delle conseguenze

amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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.