|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| image1 | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE PIETRASANTA 2°**  Via Catalani, 6 – 55045 Marina di Pietrasanta (LU)  Tel.: 0584 – 795620 C.F. 91055230469  E-mail: [luic850009@istruzione.it](mailto:luic850009@istruzione.it) PEC: [luic850009@pec.istruzione.it](mailto:luic850009@pec.istruzione.it)  Sito web: [www.pietrasanta2.edu.it](http://www.pietrasanta2.edu.it/) | image2 |

# Modello Richiesta incontro tecnico

**Oggetto: Incontro tecnico terapista con personale della scuola**

Noi sottoscritti genitori di

frequentante la classe/sezione

della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso a.s. /\_\_\_\_\_\_\_

# AUTORIZZIAMO

il/la dottor/dottoressa , in qualità di

facente parte dell’associazione/studio/Asl , ad incontrare i docenti del/lla proprio/a figlio/a.

Data

*Firma dei genitori\**

*\***Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore: Il sottoscritto, 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 scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*

*Firma del/della terapista*