

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente
Scolastico dell'I.C.
C.T. Bellini (Novara)

Il/i sottoscritto/i

genitore/i affidatario/i- tutore/i

dell'alunno/a.....

frequentante la classe.....

del plesso

nell'anno scolastico.....

e-mail

telefono

vista la specifica patologia dell'alunno

Richiede/ono

L'autorizzazione all'accesso nei locali scolastici del seguente consulente esperto esterno:

.....
.....

nei giorni.....

dalle ore..... alle ore.....

E autorizzano a che il/la loro figlio/a sia sottoposto/a a tale terapia, in orario curricolare, nei locali scolastici.

Allega:

- **Dichiarazione medica attestante la necessità di tale intervento in atto e/o l'intervento specifico necessario**

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutore

.....
.....