



AL DIRIGENTE SCOLASTICO dell'I.C. di VILLORBA e POVEGLIANO

Noi sottoscritti _____ (*madre*), _____ (*padre*),
genitori dell'alunno _____,
frequentante la classe _____ nella sede _____

AUTORIZZIAMO

il personale della scuola a contattare e incontrare lo specialista _____
(*indicare il tipo di professione*) _____ (*indicare il
cognome e in nome dello specialista*), che segue il proprio figlio presso _____.

L'incontro, della durata di 45 minuti, sarà:

- SPECIALISTICO (genitori, docenti, specialista)
 - con partecipazione dei genitori per tutta la durata dell'incontro;
 - con ingresso dei genitori dopo i primi 20 minuti dell'incontro.
- TECNICO (docenti e specialista).

Firma dello specialista*
(*per accordo*)

Firma di entrambi i genitori

Indicare mail e contatto telefonico dello specialista:

mail _____

telefono _____

Data, _____

*Lo specialista può dichiarare il proprio accordo anche inviando una mail al seguente indirizzo:
didattica2@icvillorbapovegliano.it



ISTITUTO COMPRENSIVO VILLORBA E POVEGLIANO

Via Solferino,14 - 31020 Fontane di Villorba (TV) - Tel. 0422 910803 – 0422 919633

C. F. 80021160264 - Codice Ministeriale TVIC876001

e-mail: tvic876001@istruzione.it-tvic876001@pec.istruzione.it



Nel caso di impossibilità ad acquisire la sottoscrizione di entrambi i genitori, il genitore firmatario completa e sottoscrive anche la dichiarazione qui sotto riportata.

Il sottoscritto, _____, padre/madre dell'alunno/a _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 245/2000, dichiara di aver sottoscritto il presente documento 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.

Luogo e data, _____

Firma _____