



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
Istituto Comprensivo "Porto Romano"

Sede Centrale: Via G. Bignami, 26 – Tel. 06/65210799 – C.F. 97710580586  
Succursale: Via Coni Zugna, 161 – Tel. 06/65210796 - C. M: RMIC8DM00N  
00054 Fiumicino ROMA (RM) - e-mail: [rmic8dm00n@istruzione.it](mailto:rmic8dm00n@istruzione.it)

**Modello C – Richiesta incontro tecnico**

**Oggetto: "Richiesta incontro tecnico terapeuta con personale della scuola"**

Noi sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante nell'a.s. \_\_\_\_\_

la classe/sezione \_\_\_\_\_ della Scuola       Infanzia     Primaria     Secondaria I grado

**CHIEDIAMO**

che il/la dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ facente  
parte dell'associazione \_\_\_\_\_, possa avere accesso a scuola per un incontro  
tecnico con \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori \***

\_\_\_\_\_

**Firma del terapeuta**

\_\_\_\_\_

*\*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 e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.*