

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO TREVISO 2 "A. SERENA"**

I sottoscritti _____ e _____ genitori
dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____ della scuola:

dell'infanzia _____

primaria _____

secondaria di primo grado _____

AUTORIZZANO

i colloqui tra le insegnanti e _____,
in qualità di

mediatore linguistico

terapeuta privato

clinico di riferimento

struttura/servizio di riferimento

per eventuali scambi di informazioni in merito a nostro/a figlio/a.

Treviso, _____

Lo scambio avverrà:

telefonicamente - in videochiamata tramite piattaforma d'Istituto

in presenza (si prega di comunicare giorno e data) _____

A tal fine, si forniscono i contatti dello specialista: _____

firma dei genitori _____

NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE, COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE

Il/La sottoscritto/a _____
consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai
sensi del DPR245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta, in osservanza delle
disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice
civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____

Firma _____