

LIBERATORIA COLLOQUI

SCUOLA / OPERATORI SANITARI / TUTOR / FIGURE DI RIFERIMENTO

Alunni DA, DSA, ADHD

I sottoscritti:

madre _____

padre _____

genitori del minore _____

frequentante la classe / sezione _____ della scuola infanzia/primaria/secondaria

AUTORIZZANO

la scuola nella persona del Dirigente Scolastico e gli insegnanti del Consiglio della classe/sezione nella quale è inserito la/il figlia/o, a colloquiare con gli Operatori Sanitari, al fine di:

- Attivare e/o mantenere rapporti di fattiva e concreta collaborazione
- Individuare le strategie e gli strumenti più efficaci per fronteggiare le difficoltà manifestatesi
- Valutare i progressi riscontrati

La liberatoria avrà valore per tutto il periodo in cui l'alunno/a frequenterà questo Istituto.

Ve-Mestre _____

Firma dei genitori

Nel caso di firma di un solo genitore, ai sensi del DPR 445/2000, il sottoscritto dichiara di effettuare la presente sottoscrizione in ottemperanza agli articoli artt. 316, 337 ter e 337 quater del CC che richiedono il consenso e l'accettazione dell'altro genitore.

Ve-Mestre _____

Firma dell'unico genitore firmatario
