



**Al Dirigente Scolastico  
dell'IIS CARLO URBANI – Roma  
sede di \_\_\_\_\_  
e p.c. al Consiglio di Classe**

## **RICHIESTA INGRESSO TERAPISTA ESTERNO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (genitore 1)

La sottoscritta \_\_\_\_\_ (genitore 2),

esercenti la responsabilità genitoriale nei confronti dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_

della Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ Corso di Studi \_\_\_\_\_

**CHIEDE/CHIEDONO**

che il/i seguenti terapeuta/i: \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_, facente/i parte della struttura \_\_\_\_\_,

possa/no accedere negli ambienti scolastici per lo svolgimento delle terapie opportune, come da documentazione medica quivi allegata.

**Firma del genitore 1**

**Firma del genitore 2**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la suddetta dichiarazione, rientrando nella responsabilità genitoriale, deve essere sempre condivisa dai genitori/tutori.**

**Qualora sia stata firmata da un solo genitore/tutore, si intende che la scelta sia stata condivisa**

**Firma del genitore dichiarante**

\_\_\_\_\_

Roma, lì \_\_\_\_\_

**VISTO:**  **SI AUTORIZZA**     **NON SI AUTORIZZA**

**Il Dirigente Scolastico**

\_\_\_\_\_