

**AUTORIZZAZIONE TERAPISTA/ESPERTO ESTERNO
INDIVIDUATO DALLA FAMIGLIA AD OSSERVARE IL MINORE
DURANTE LA PERMANENZA A SCUOLA**

All'attenzione del DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Francesco Dallai

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno/a _____ frequentante
per l'a.s. 20__/ 20__ la Scuola dell'Infanzia/ Primaria del plesso di
_____ oppure la Scuola Secondaria di I° Grado "Massimiliano Guerri"
di Reggello classe ____ sez. ____

AUTORIZZANO

il/la Dott./Dott.ssa _____ (in qualità di
Esperto esterno individuato dalla famiglia) ad osservare il proprio/a figlio/a durante la
permanenza a scuola.

Si fa presente che l'osservazione dello specialista riguarderà esclusivamente nostro/a
figlio/a e sugli altri non farà nessun intervento, né di osservazione né altro. Non raccoglierà
né registrerà neppure il loro nome e ovviamente non ci sarà nessun riferimento a loro in
eventuali sue relazioni.

Luogo e Data, _____

Firme

Padre _____

Madre _____