

RICHIESTA COLLOQUIO CON PERSONALE MEDICO/SANITARIO

I sottoscritti(1),(2)
genitori/tutori legali dell'alunno/a frequentante la classe
..... sezione..... di

- ☐ Scuola dell'Infanzia, plesso
- ☐ Scuola primaria, plesso
- ☐ Scuola secondaria, plesso

CHIEDONO

UN COLLOQUIO TRA I DOCENTI DEL TEAM DELLA CLASSE E IL/LA DOTT.
..... IN QUALITA' DI
CHE SEGUE IL BAMBINO, PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:

.....
.....
.....

Roma,

FIRMA DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE*

.....(1)(2)

E' necessaria la firma di entrambi i genitori. In caso risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi, compilare la parte sottostante:

il/la sottoscritto/a consapevole della conseguenza amministrativa e penale per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 20/12/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

FIRMA DEL GENITORE

Vista la richiesta,

- ☐ SI AUTORIZZA
- ☐ NON SI AUTORIZZA

Roma,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO