**ALLEGATO 5 - PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN CLASSE**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’I.C. “G. Pascoli”**

**di Vallata**

**Progetto di osservazione/intervento in classe**

**ALUNNA/O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CLASSE/SEZIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SCUOLA \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TERAPISTA (cognome e nome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Durata** **del percorso (inizio e fine)**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Giorno** **ed orario di accesso richiesti**

**Garanzia di** **flessibilità organizzativa**

**Motivo** **dell’osservazione**

**Modalità** **dell’osservazione**

, lì /

 Firma Terapista/Specialista per presa visione e per consenso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I genitori dell’alunno/a

Firma\*

Firma\*

**\***Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrivente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la presente richiesta 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.