**ALLEGATO 2 – DICHIARAZIONE DEI DOCENTI**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’I.C. “G. Pascoli”**

**Di Vallata**

La/il sottoscritta/o, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di docente nella classe/sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

VISTA la richiesta di collaborazione formulate dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapista/specialista sanitario, in qualità di esparto esterno, per l’alunna/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

IN CONSIDERAZIONE del progetto di osservazione che verrà approntato e presentato a cura del terapista/specialista di concerto con la famiglia;

**DICHIARA**

* di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapista/specialista sanitario in orario curricolare;
* di informare gli altri genitori degli alunni presenti nella sezione/classe del ruolo di tale esperto e di raccogliere l’informativa sottoscritta del consenso a tale presenza.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_