



DIREZIONE DIDATTICA
2° CIRCOLO MARSCIANO
www.marsciano2circolo.it
a.s. 2018/19



COLLABORAZIONE SCUOLA – SERVIZIO SANITARIO REGIONALE - NAZIONALE
AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

I sottoscritti /
(padre) (madre)

genitori dell'alunno/a nato a il.....

frequentante la classe Sez.....

della Scuola PRIMARIA di

della Scuola INFANZIA di

AUTORIZZANO

- la Scuola (Dirigente Scolastico e Docenti) ad incontrare gli Operatori del
- Servizio Sanitario Regionale U.S.L. N. 1 – SREE di
Dr..... Tel.....
- STRUTTURA PRIVATA di
Dr..... Tel.....

i docenti ad avere incontri con le figure educative delle Cooperative e delle Associazioni del territorio che eventualmente operano con l'alunno/a in orario extrascolastico con la finalità di conseguire interventi mirati nell'ottica delle unitarietà delle scelte educativo-didattiche .

Tale autorizzazione ha valore per l'intero segmento (Scuola infanzia / Scuola primaria) del ciclo di studi presso questa Direzione Didattica, salvo revoca da parte dei sottoscritti genitori.

Marsciano

.....
(padre)

.....
(madre)

Qualora non sia possibile acquisire la firma di entrambi i genitori, si prega di prendere nota e di firmare la seguente dichiarazione:

“ Il sottoscritto,..... consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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 _____