



Richiesta della famiglia per accesso del professionista sanitario

Alla cortese attenzione del **Dirigente Scolastico**
dell'Istituto Comprensivo "M. D'Oggiono" - Oggiono

I sottoscritti _____, _____ in qualità di
genitori/tutori dell'alunno/a _____ Classe _____ Sezione _____

CHIEDONO

che il professionista sanitario, dott. _____, Professione _____

possa accedere alla classe a nel/i giorno/i _____, dalle ore _____ alle ore _____, al fine di
svolgere gli interventi previsti dal **piano terapeutico/riabilitativo/progetto di vita**.

DICHIARANO

- di autorizzare il trattamento dei dati necessari alla gestione della richiesta;
- di essere consapevoli che le attività si svolgeranno nel rispetto dell'organizzazione scolastica.

Data _____

Firma genitori/tutori _____