



**MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PIO LA TORRE"**

Via di Torrevecchia, 793 - 00168 ROMA - 27° DISTRETTO SCOLASTICO

C. F. 97197460583 – Codice Meccanografico RMIC846009 Tel./fax 06/6146943

E-mail: rmic846009@istruzione.it - rmic846009@pec.istruzione.it Sito web <http://www.icpiolatorre.edu.it>

*Alla cortese attenzione del Dirigente Scolastico
IC Pio La Torre
Roma*

DICHIARAZIONE PERSONALE (DOCENTE)

Il/La sottoscritto/a, _____ in qualità di docente di scuola dell'infanzia/ scuola primaria/ scuola secondaria di primo grado, in servizio presso L'Istituto Comprensivo "Pio La Torre" di Roma, Plesso _____

- **preso atto** della richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un esperto esterno, per l'alunno/a _____ ;
- **in considerazione** del Progetto di osservazione che verrà approntato;

DICHIARA

- di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapeuta/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.

Roma _____ Firma _____

