

**PROGETTO DI OSSERVAZIONE IN  
CLASSE**

Al Dirigente Scolastico

Progetto di osservazione/intervento in classe \_\_\_\_\_

Alunno/a \_\_\_\_\_

- Durata del percorso (inizio e fine)

\_\_\_\_\_

- Giorno ed orario di accesso richiesti ( non più di due giorni a settimana e non più di due ore)

\_\_\_\_\_

- Garanzia di flessibilità organizzativa

\_\_\_\_\_

- Motivo dell'osservazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Modalità dell'osservazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma Terapista/Specialista \_\_\_\_\_

I genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ per presa visione e per consenso

Firma\* \_\_\_\_\_ Firma\* \_\_\_\_\_

\*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, 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.

Firma \_\_\_\_\_