All.to Protocollo Disabilità a.s. 15/16

MOD. D5

Autorizzazione colloqui esperti privati

**Al DIRIGENTE SCOLASTICO dell’I.C. “B. CROCE” FERNO**

 l

sottoscritt

genitore dell’alunn

frequentante la classe \_ sez. della scuola di

**DICHIARA** che

per il/la proprio/a figlio/a si avvale dell’intervento del/della dott./ssa

in qualità di

*-logopedista - psicomotricista/terapista della ria-*

*bilitazione neuro-psicomotoria - applicatore del metodo Feuerstein -analista comportamentale (ABA) - psicotera- peuta (limitatamente alla ricaduta d’apprendimento)*

Tale intervento si configura come privato e aggiuntivo all’istituzionale sanitario di riferimento.

**AUTORIZZA** pertanto

l’esperto in questione ai contatti con l’équipe pedagogia, consapevole che potrebbero essere dal medesimo erogati a pagamento.

Luogo e data ………………………….

FIRMA

……………………………………………..…………………

VISTO, si trasmette all’Èquipe Pedagogica IL DIRIGENTE SCOLASTICO