Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Giulio Cesare"
Savignano sul Rubicone

AUTORIZZAZIONE COLLOQUI CON ESPERTI ESTERNI

I sottoscritti _____ genitori

dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ Scuola: Infanzia _____

Primaria _____

Sec. di 1° grado _____

AUTORIZZANO

Gli insegnanti di classe _____ a prendere contatti / colloqui per l'anno scolastico in corso

con il/la dott./dott.ssa _____

in qualità di _____ in merito a *_____

***** specificare il motivo:

- Situazione scolastica del figlio
- Altro

Savignano sul Rubicone .....

FIRMA DI <u>ENTRAMBI</u> I GENITORI _____ _____

<u>SE LA FIRMA SOVRASTANTE E' DI UN SOLO GENITORE COMPILARE E FIRMARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE</u>

Il sottoscritto _____, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione 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.

Luogo e data, _____ FIRMA DEL GENITORE _____

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la richiesta,

☐ **SI AUTORIZZA**

☐ **NON SI AUTORIZZA, IN QUANTO**

Savignano s/R. .....

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Catia Valzania