

Al Dirigente Scolastico

.....

dell'Istituto.....

.....

Oggetto: Richiesta di autorizzazione per l'accesso di un terapeuta esterno per interventi di osservazione/supporto

I sottoscritti, .....(padre) e  
.....(madre) dell'alunno/a  
.....frequentante la sezione/classe  
.....dell'Istituto.....  
nel plesso di.....

**CHIEDONO**

Che il/la terapeuta/specialista, dott./dott.ssa.....

nato/a .....il.....e residente a.....

via.....

venga autorizzato/a a svolgere un intervento di osservazione/supporto nella sezione/classe .....  
del/della proprio/a figlio/a durante l'orario didattico curricolare, relativo alla progettualità concordata e che  
fa riferimento ad una delle seguenti modalità prevista nel protocollo di Istituto:

*(barrare la modalità richiesta)*

- Supervisione, a cadenza mensile/bimensile, che prevede la presenza del terapeuta in aula per osservare e supportare l'intervento del docente sull'alunno, prevedendo momenti di progettazione condivisa del percorso e valutazione/revisione degli obiettivi e delle strategie concordate;
- Intervento settimanale di professionisti della riabilitazione che lavoreranno sul bambino in maniera individualizzata insieme all'insegnante di sostegno o nella classe attraverso la mediazione del docente;

- Teacher training, incontri a richiesta del consiglio di classe con il team di professionisti che segue l'alunno in riabilitazione per condividere i percorsi attivati

Luogo e data

.....

Firma di entrambi i genitori

.....

.....