Al Dirigente Scolastico

dell’IC “Gen. L. Mezzacapo” Senorbì

**DICHIARAZIONE PERSONALE DOCENTE**

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di insegnante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***vista***

la richiesta di collaborazione formulata dalla famiglia, in merito alla presenza di un terapista/specialista sanitario, in qualità di esperto esterno, per l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

• di essere **DISPONIBILE** a consentire la presenza del terapista/specialista sanitario in orario curricolare;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_