



Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Bariano

CONSENSO CONTATTO SPECIALISTI

I sottoscritti
genitori/tutori dell'alunno/a frequentante la
classe/sez. della scuola dell' infanzia primaria secondaria
plesso di

AUTORIZZANO

le/gli insegnanti della classe/sezione a contattare o ad essere contattate/i , ed eventualmente incontrare
lo/la specialista in servizio presso
 che ha in carico il proprio figlio/a.

, li

Firma dei genitori/tutori

