



**Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca  
I.C. "VIA DELLA TECNICA" – RMIC8D400N**

00071 POMEZIA – Via Della Tecnica, 3 – 41° Distretto – Tel. 069120718 FAX 069120426  
e-mail [rmic8d400n@istruzione.it](mailto:rmic8d400n@istruzione.it) pec [rmic8d400n@pec.istruzione.it](mailto:rmic8d400n@pec.istruzione.it)

**MODULO CONSENSO ACCESSO TERAPISTI - Docenti**

Il/La sottoscritto/a ..... docente nella classe .....  
della scuola ..... dell'IC VIA DELLA TECNICA POMEZIA

esprime

il consenso per l'accesso del/la terapeuta .....  
dalle ore ..... alle ore ..... del/i giorno/i ..... del/i  
mese/i .....  
per lo svolgimento di attività di osservazione e/o supporto alla didattica, secondo le modalità  
progettuali approvate in specifica riunione tecnica.

POMEZIA,

FIRMA .....

.....



**Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca  
I.C. "VIA DELLA TECNICA" – RMIC8D400N**

00071 POMEZIA – Via Della Tecnica, 3 – 41° Distretto – Tel. 069120718 FAX 069120426  
e-mail [rmic8d400n@istruzione.it](mailto:rmic8d400n@istruzione.it) pec [rmic8d400n@pec.istruzione.it](mailto:rmic8d400n@pec.istruzione.it)

**MODULO CONSENSO ACCESSO TERAPISTI - Docenti**

Il/La sottoscritto/a ..... docente nella classe .....  
della scuola ..... dell'IC VIA DELLA TECNICA POMEZIA

esprime

il consenso per l'accesso del/la terapeuta .....  
dalle ore ..... alle ore ..... del/i giorno/i ..... del/i  
mese/i .....  
per lo svolgimento di attività di osservazione e/o supporto alla didattica, secondo le modalità  
progettuali approvate in specifica riunione tecnica.

POMEZIA,

FIRMA .....

.....