Mod.1

Al Dirigente Scolastico

I.C. Sannazaro

Oliveto Citra (Sa)

I sottoscritti

………………………………….…. e ……………………………………….……….genitori dell’alunno/a ………………………………… iscritto nella classe ….………../ sezione ……….… dell’ordine

* INFANZIA
* PRIMARIA
* SSPG

e

……………………………………………..……………………

titolare Interventi A.B.A. del Centro di Riabilitazione……………………………………………

chiedono

l’autorizzazione all’accesso di operatori di interventi A.B.A come da “Protocollo accesso in orario curricolare figure esterne aventi titolarità per gli interventi A.B.A.(APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS) approvato con Delibera n. 78 nella seduta del Collegio Docenti del 28.06.2021 e approvato con Delibera n. 27 nella seduta del Consiglio di Istituto del 30.06.2021 (allegato al Piano Annuale per l’Inclusione 2021-22) al fine di consentire l’osservazione per Interventi A.B.A. di supporto al/alla proprio/propria figlio/figlia.

i genitori

…………………………………………………..…………………………….

…………………………………………………………..……………………..

il titolare Interventi A.B.A. del Centro di Riabilitazione

…………………………………………………………………………………..