

**ISTITUTO COMPRENSIVO “J. SANNAZARO”**

**OLIVETO CITRA (SA)**

##### Via Australia,1 - Tel. 0828/793037

**cf. 82005110653 - C.M. SAIC81300D**

e-mail: saic81300d@istruzione.it sito internet: [www.olivetocitraic.edu.it](http://www.olivetocitraic.edu.it)

PEC: SAIC81300D@PEC.ISTRUZIONE.IT



**MODELLO 1**

Richiesta di autorizzazione per l’accesso di figure esterne aventi titolarità per gli

interventi A.B.A.(APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS)

da parte dei **genitori/tutori e centri di riabilitazione**

Al Dirigente Scolastico

I.C. Sannazaro

Oliveto Citra (Sa)

Il/la sottoscritto/a …………………………….………………………… e ……………………………………….………. genitore/i – Tutore/i 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 dagli organi collegiali, al fine di consentire l’osservazione per interventi A.B.A. di supporto al/alla proprio/propria figlio/figlia.

I genitori/Tutori

…………………………………………………..…………………………….

…………………………………………………………..……………………..

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

…………………………………………………………………………………..

Luogo………………………………………………………Data …………………………