Al Dirigente Scolastico

dell’IC L. Bianchi

di San Bartolomeo in Galdo (Bn)

**Oggetto:** disponibilità terapisti/educatori in presenza

I/La sottoscritto/a, terapista dell’alunno …………………………………….., frequentante la classe ………..della scuola…………………………..di …………………………….già autorizzato ad effettuare le sue prestazioni durante l’orario scolastico dell’alunno, considerata la necessità di non interrompere il percorso riabilitativo,

**si rende disponibile,** nel rispetto dei protocolli di sicurezza e in accordo con i genitori,

a seguire l’alunno in presenza, nei locali scolastici alla presenza dell’ insegnante di

sostegno, osservando il seguente orario:

Data: Firma

 ………………………………….

 I genitori

 …………………………………………

 …………………………………………..