**ALLEGATO 1**

**In qualità di genitori del/della minore…………………………………………….**

**che frequenta la classe/sezione………………………………………………………………**

**plesso………………………………………………………………………………**

La Sig.ra .............................................................

nata a ............................................................... il / /

e residente a..........................................................................................................................................

in via/piazza........................................................................................................n................................

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa partecipare allo screening logopedico che sarà proposto a tutta la classe rese dalla Dott.ssa Sapienza Gaia per il Progetto logopedico “Nulla dies sine verbum”.

Luogo e data Firma della madre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Sig..............................................................

nato a............................................................... il / /

e residente a..........................................................................................................................................

in via/piazza........................................................................................................n................................

dichiara di aver compreso quanto illustrato dal professionista e qui sopra riportato e decide con piena consapevolezza di prestare il proprio consenso affinché il figlio possa partecipare allo screening logopedico che sarà proposto a tutta la classe rese dalla Dott.ssa Sapienza Gaia per il Progetto logopedico “Nulla dies sine verbum”.

Luogo e data Firma del padre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In allegato copia dei documenti d’identità dei firmatari