

__ I __ sottoscritt _____ in qualità di docente

di sostegno di classe dell'alunn _____

frequentante la classe _____ sezione _____

presso la scuola dell'Infanzia Primaria Secondaria di I^ Grado

di _____

CHIEDE

L'autorizzazione ad un incontro che si terrà **in presenza/in remoto** il giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ presso _____

con il dott./la dott.ssa _____

operatore/operatrice de: _____

che segue l'alunno/a per confrontarsi in merito a: _____

Docenti che chiedono di partecipare all'incontro: _____

Data _____

Il genitore

l'Insegnate richiedente

Visto SI AUTORIZZA L'INCONTRO

Il Collaboratore
del Dirigente Scolastico

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Roberta Spinazzi

Firme insegnanti **PRESENTI** all'incontro

Insegnati che partecipano all'incontro	IN ORARIO DI SERVIZIO	FUORI ORARIO DI SERVIZIO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Dichiarazione dello specialista: incontro avvenuto dalle ore _____ alle ore _____

Firma _____

Robbiate, il _____

VISTO Il Vicario
del Dirigente Scolastico

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Roberta Spinazzi