

OGGETTO: CONSULENZA / INCONTRI CON ESPERTI

I sottoscritti insegnanti.....

della classe della scuola

CHIEDONO DI ESSERE AUTORIZZATI

a partecipare all'incontro in dataalle ore

presso..... con i seguenti operatori (*)

per discutere il caso dell'alunn

(*) Indicare se neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, fisiatra, motricista, assistente sociale.

Il presente modello va inviato al Dirigente Scolastico, all'atto della richiesta, per qualsiasi incontro con gli operatori.

Data

VISTO: SI AUTORIZZA

FIRMA DEGLI INSEGNANTI

.....

DATA

.....

.....

Il Dirigente Scolastico

.....

Prof. Fabrizio Rozzi

.....

INSEGNANTI	FIRMA DI PRESENZA	ORE A PAGAMENTO	ORE A RECUPERO

Restituire la presente e il verbale nei giorni immediatamente successivi all'incontro.

VERBALE DELL'INCONTRO presso.....

Con l'operatore/specialista.....

Alunno/i.....

In data..... dalle ore alle ore.....

Data, _____

I Docenti
