

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER INCONTRO CON SPECIALISTI**

|  |
| --- |
| Protocollo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Riservato all'Ufficio Segreteria** |

Al Dirigente Scolastico

dell'**I**stituto **C**omprensivo **S**tatale

"A. Diaz" - Meda (MB)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso questo **I**stituto **C**omprensivo **S**tatale “A. Diaz” in qualità di:

 **DOCENTE Tempo Determinato Tempo Indeterminato**

nel plesso:  **INFANZIA PRIMARIA “POLO” PRIMARIA “A. DIAZ” “A. FRANK”**

***chiede***

di essere autorizzato/a ad incontrare gli specialisti che seguono l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per informazioni relative allo stesso.

***In proposito si precisa quanto segue:***

L’incontro si terrà presso la sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **In orario di servizio**  **Fuori dall’orario di servizio**

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare per tempo l’eventuale necessità di sostituzione nella classe (o per il proprio alunno), concordando soluzioni con il Collaboratore di plesso.

Meda, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’interessato/a

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

÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷

Si autorizza
 NON si autorizza

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Valeria Cereda