

# RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER INCONTRO CON SPECIALISTI

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 “POLO”**
*  **PRIMARIA “POLO”**
*  **PRIMARIA “A. DIAZ”**
*  **SECONDARIA** **“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