## Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo

Olgiate Comasco

**Oggetto: incontro con operatori A.S.L./Associazioni/Comuni/Scuole**

…….. insegnante/i ……………………………...………………..…………………………………

della Scuola ……………………………………. Plesso ……………………..……………………

classe ………….. sezione ……

CHIEDE / CHIEDONO

di poter partecipare all’incontro con

□ Neuropsichiatra ……………………………………………………………….………………….

□ Psicologo ………………………………………………………………….………………………

□ Altre figure ……………………………………………………………………….………….…….

che seguono l’alunno/a…………………………..………….……………………… cl. ……...…..

il giorno ……………………… alle ore ………………

presso ………………………………………………………………………………………………..

Docenti partecipanti in orario di servizio

…............................................................................................................................................

Docenti partecipanti oltre l’orario di servizio

………………………………………………………………… ………………...............................

# Olgiate Comasco, …………………………

#

 Firma/e ……………………………………………………………………………

………………………………………………………….…………………

Visto IL DIRIGENTE SCOLASTICO