Al Dirigente Scolastico

 Dell’Istituto Comprensivo VR 12

 Golosine

 Via Velino 20 – Verona

Oggetto: Richiesta di autorizzazione per incontro con specialisti

I sotto indicati Docenti della/e classe/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

Alla S.V. l’autorizzazione a recarsi/incontrarsi in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il Palazzo della Sanità di Verona ovvero presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per incontrare il/la/le sig./sig.ra/sig.re

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

per **(esporre la motivazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Relativamente all’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DOCENTE | In orario di servizio | Fuori orario di servizio | In orario di ricevimentosettimanale | Recupero (programmazione / assenza classe) | Firma |
|  | 󠄄 | 󠄄 | 󠄄 | 󠄄 |  |
|  | 󠄄 | 󠄄 | 󠄄 | 󠄄 |  |
|  | 󠄄 | 󠄄 | 󠄄 | 󠄄 |  |
|  | 󠄄 | 󠄄 | 󠄄 | 󠄄 |  |
|  | 󠄄 | 󠄄 | 󠄄 | 󠄄 |  |

(contrassegnare la casella che interessa)

Seguirà documentazione

 Visto

 Si autorizza

 LA DIRIGENTE SCOLASTICA

 Maria Mugnolo