

Oggetto: richiesta per autorizzare i docenti a scambi di informazioni con specialisti

Il sottoscritt_ _____

genitore dell'alunn_ _____

iscritt_ per l'anno scolastico _____ alla sezione o classe _____ nel plesso di

<input type="checkbox"/> Scuola dell' Infanzia Arcobaleno 1	<input type="checkbox"/> Scuola dell' Infanzia Arcobaleno 2	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria "V. da Feltre"	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria "G. Comisso"
<input type="checkbox"/> Scuola Primaria "R. Franchetti"	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria "Giovanni XXIII"	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria "U. Foscolo"	

chiede che i docenti dell'alunn_ siano autorizzati a:

- partecipare a incontri con gli specialisti sotto riportati presso l'I.C. d Preganziol;
- prendere contatto con gli specialisti sotto riportati:
 - Dott./Dott.ssa
(nominativo; ente/studio medico; indirizzo; recapiti telefonici e di posta elettronica)

Preganziol, _____ 20____ Firma _____

Rispetto a quanto sopra richiesto, i docenti della sezione o classe sopra riportata:

- sono autorizzati
- non sono autorizzati

Preganziol, _____

Il Dirigente Scolastico
Prof. Giuseppe Vecchio