DOCENTI ATA 309_ ed.3	**ISTITUTO COMPRENSIVO DEL PO** Scuola dell'Infanzia- Primaria- Secondaria di 1° grado Via Bonazzi, 9 _ 46035 OSTIGLIA (MN) TEL 0386/802030 FAX 0386/802086 e-mail: mnic820005@istruzione.it sito web: www.icdelpo.gov.it	PROT. n._____ del _____

CONFERIMENTO INCARICO per INCONTRI con OPERATORI SANITARI

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a _____

insegnante della classe _____ sez _____ ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I grado

di ☐ Pieve di Coriano ☐ Revere ☐ Ostiglia ☐ Serravalle a Po ☐ Sustinente

CHIEDE

di poter incontrare, in accordo con i genitori, gli operatori sanitari (UONPIA o altro ente accreditato)

il giorno _____ alle ore _____ presso _____

per uno scambio di informazioni relative all'alunno/a _____

Data _____ Firma _____

All'Insegnante _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

☐ vista la richiesta pervenuta da _____ in data _____

☐ vista la domanda pervenuta dall'insegnante in indirizzo

INCARICA

la S.V. ad incontrare gli operatori sanitari secondo le modalità indicate nella richiesta.

Il Dirigente Scolastico
Valeria Pacella