**Alla cortese attenzione del D.S. dell’I.C. “Nino Rota”**

**MODULO DI RICHIESTA PER COLLOQUIO CON I TERAPISTI**

I/LE SOTTOSCRITTI/E ……………………………………………………………….

……………………………………………………………..

……………………………………………………………..

DOCENTI DEL TEAM DELLA CLASSE ...............

DEL PLESSO………………………………………………………………………….

CHIEDONO AL DIRIGENTE SCOLASTICO, PREVIO ACCORDO CON LA FAMIGLIA, L’AUTORIZZAZIONE A POTER CONTATTARE PER UN COLLOQUIO GLI SPECIALISTI (terapisti che seguono il bambino) DELL’ALUNNO…………………………………………………………….

PER IL SEGUENTE MOTIVO:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

FIRMA DEL DOCENTE

Visto, si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Graziella Bianco

Roma, ………/……../……..