**AUTORIZZAZIONE COLLOQUI CON GLI SPECIALISTI**

(da far firmare alla famiglia)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I sottoscritti: | | |  | | | |
| COGNOME E NOME | |  | | | | |
| COGNOME E NOME | |  | | | | |
| GENITORI/TUTORI DELLO/A STUDENTE/ESSA | | | | |  | |
| CLASSE |  | | | SEZ. |  |

**AUTORIZZANO**

l'istituzione scolastica (nelle persone del dirigente scolastico, dei docenti del consiglio di classe / /docente di sostegno/educatore incaricato dalla scuola della cooperativa esterna) ad effettuare colloqui con gli specialisti che hanno in carico lo studente, al fine di condividere strategie didattico-educative inclusive:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Ente/società/titolo professionale | Recapiti e Note |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Milano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

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

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

Firma dello studente (se maggiorenne)

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

**RICHIESTA COLLOQUIO SPECIALISTI A SCUOLA**

Si comunica alla S.V.

che i docenti del consiglio di classe della classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

un incontro presso la sede della Scuola per:

* condividere strategie didattico educative inclusive;
* la compilazione PDP;
* la compilazione PEI;
* aggiornamento;
* verifica in itinere;
* verifica finale
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

relativo all’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Per fissare l’incontro la S.V. è pregata di contattare il docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai seguenti recapiti:

numero telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Milano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL DS PER COLLOQUI CON GLI SPECIALISTI IN ORARIO DI SERVIZIO**

**OGGETTO**: richiesta autorizzazione ad effettuare colloqui con gli specialisti

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter incontrare , in orario di servizio, lo/gli specialista/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che ha/hanno in carico l’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della classe\_\_\_\_sez. \_\_\_\_\_presso la struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per

* condividere strategie didattico educative inclusive;
* la compilazione PDP;
* la compilazione PEI;
* aggiornamento;
* verifica in itinere;
* verifica finale
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Milano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del docente