

**OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITÀ IN AMBITO
EXTRASCOLASTICO – incontro specialisti - orientamento**

___/___/___ sottoscritt _____ in

servizio presso la scuola :

Infanzia primaria secondaria plesso di _____

in qualità di docente/i con contratto a

- Tempo determinato
 Tempo indeterminato

C H I E D E / C H I E D O N O

L'autorizzazione a recarsi (*selezionare la voce opportuna*)

- in orario di servizio
 non in orario di servizio

presso _____

- PER ORIENTAMENTO SCOLASTICO PRESSO LA SCUOLA
 INCONTRO NEUROPSICHIATRIA
 ALTRO _____

Per l'alunno/a _____ della classe _____ sezione _____

in data _____ dalle ore _____ alle _____

Stezzano, _____

Firma del docente/i

VISTO del responsabile di plesso/dsga _____

VISTO del Dirigente scolastico

- Si concede
 Non si concede per i seguenti motivi: _____

Stezzano, _____/_____/_____

Il Dirigente scolastico
(Alice Adami)