|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| stellone Ministero dell’ Istruzione dell’Università e della Ricerca **ISTITUTO COMPRENSIVO 1**  CASTIGLIONE DELLE STIVIERE via G: Gonzaga, 8 , 46043 Castiglione delle Stiviere, MN *e-mail*: segreteria@castiglioneuno.edu.it tel 0376 670753 fax 0376 638086 | MODULISTICAMod. n°3 | PERSONALEDocente  |
| Procedura 2 | Preparato il03-10-‘14 |  Autorizzato dal DS  |

Al Neuropsichiatra

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

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_docente/Funzione strumentale dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che nell’anno scolastico corrente frequenta la classe \_\_\_\_\_ presso il nostro Istituto

**CHIEDE**

un incontro di

* Consulenza
* Verifica

Dichiaro la mia disponibilità, concordata con il genitore, a prendere parte all’incontro nei giorni dalle ore alle ore

In attesa di riscontro positivo.

Per contatti diretti si prega di indirizzare al seguente indirizzo :

segreteria@castiglioneuno.edu.it

Castiglione d/S,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede