

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER ATTIVITÀ IN ORARIO DI SERVIZIO

__ I __ sottoscritt __ _____

in servizio presso la scuola :

Infanzia Primaria Secondaria plesso di _____

in qualità di docente con contratto a Tempo determinato Tempo indeterminato

C H I E D E

L'autorizzazione a recarsi in orario di servizio in località _____

PER ORIENTAMENTO SCOLASTICO PRESSO LA SCUOLA _____

INCONTRO NEUROPSICHIATRIA PRESSO _____

ALTRO _____

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

in data ____/____/____ dalle ore _____ alle _____

Lavello, ____/____/____

Firma del docente

VISTO, IL RESPONSABILE DI PLESSO

Firma

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

SI AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Aurelia Antonietta BAVUSO
