Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo *G. Guinizelli*

Castelfranco Emilia

**OGGETTO:** richiesta autorizzazione per accesso/intervento personale esterno alla scuola

....l... sottoscritt.. ......................................................................., docente di ........................................

in servizio presso ...................................................................................................................................

**CHIEDE**

che il/la Sig./Sig.ra ................................................................................................................................

nato/a a .............................................................. il ...............................................................................

e residente in ........................................................ via ..........................................................................

telefono .................. cellulare ........................ mail ...............................................................................

venga autorizzato a svolgere un intervento nella classe ................................... della scuola

.............................................................................. in qualità di esperto sui seguenti temi:

................................................................................................................................................................

relativi all’unità di apprendimento / progetto ......................................................................................

A tal fine dichiara che l’intervento avrà luogo in data / nel periodo ....................................................

con il seguente orario ................................................ alla presenza dei docenti di classe (si allega calendario dettagliato degli interventi).

L’intervento

* non comporta alcun onere per l’istituto.
* trova copertura finanziaria nel progetto sopra indicato

Data .......................................... Firma del Docente ......................................................

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Vista la presente richiesta,

* si autorizza
* non si autorizza

Castelfranco Emilia,

Il Dirigente Scolastico

*Lodovica Galloni*