Civitanova Marche, li

Al Dirigente Scolastico
Dell'ISC Via UGO BASSI
Ai Docenti di Classe
Ai Componenti il GLI d'Istituto

Loro Sedi

DELEGA

Il/La sottoscritto/a …… nato/a …….

Il ……./……./……, residente a …….. in via ……

genitore/tutore dell'alunno/a …….. frequentante la classe …… Sez. ……..

della Scuola ……..

AUTORIZZA

La Scuola, nelle persone degli specifici Referenti, a contattare i Servizi ☐Sociali ☐Sanitari per richiedere valutazioni e/o colloqui in favore del proprio figlio/a

In fede

I genitori/tutori (La firma deve essere apposta da entrambi le figure genitoriali)

NOTE: