



Modulo G

Egr. Dirigente _____

RICHIESTA COLLOQUIO TRA DOCENTI E SPECIALISTI/CONSULENTI CHE SEGUONO L'ALUNNO

I sottoscritti _____
_____, genitori dell'alunno

frequentante la classe _____ del Plesso _____

AUTORIZZANO

I docenti della classe del proprio figlio a svolgere il colloquio con il/la dott. _____
specialista _____ in merito al seguente oggetto _____

A tal fine richiedono

- ☐ un incontro in presenza
- ☐ un incontro tramite meet (E-mail professionista _____)

fra il suddetto specialista/consulente _____ e i docenti della classe _____:

- ☐ alla presenza della famiglia
- ☐ senza presenza della famiglia

In attesa di un cortese riscontro si inviano cordiali saluti

Data _____

Firma dei genitori

Visto, si autorizza

Dirigente Scolastico
Prof.re Tommaso Petti

.....