Allegato 2

Spett.le

Servizio Integrazione Scolastica

Azienda ULSS 9

**Distretto 1 e 2** - VERONA

Alla Cortese Attenzione

Dirigente Area Disabilità

Coordinatore SIS

[integrazione.scolastica@aulss9.veneto.it](mailto:integrazione.scolastica@aulss9.veneto.it)

Oggetto: Richiesta autorizzazione uscita operatore socio – sanitario

Con la presente si chiede la presenza dell’operatore del Servizio Integrazione Scolastica (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per l’accompagnamento dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ all’uscita didattica

□ stage – alternanza scuola/lavoro

□ uscite sul territorio (nel corso dell’anno scolastico in orario di servizio)

□ incontro con specialisti (indicare il nominativo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Specificare l’orario scolastico da assegnazione che  l’OSS effettuerebbe a scuola nel giorno della  gita/ uscita didattica | Specificare l’orario dell’ insegnante di sostegno  nel giorno della gita |
|  |  |

Si precisa che sarà garantita la presenza dell’insegnante di sostegno/insegnante di classe o di personale ausiliario per l’accompagnamento

**si** □ **no** □

Il Dirigente Scolastico

Timbro e Firma

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Parte riservata al Servizio Integrazione Scolastica**

Si autorizza Non si autorizza

Autorizzazione Coordinatore SIS AULSS 9

Distretto 1 e 2

Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail

Fax Istituto / Scuola