

Alla Dirigente Scolastica
Istituto Comprensivo n.4
Oristano

OGGETTO: incontro Centro di Neuropsichiatria Infantile

Il /La sottoscritto/a _____ insegnante a T.d./T.i. presso
la scuola _____ dell'Istituto Comprensivo 4 di Oristano, classe/sez. _____
Vista la comunicazione,

DICHIARA

la propria disponibilità a partecipare all'incontro con il Centro di Neuropsichiatria Infantile
fissato per il giorno _____ alle ore _____ presso _____
per l'alunno/a _____

Data _____

Firma

Il Dirigente AUTORIZZA NON AUTORIZZA