Prot.n del

 Al Dirigente Scolastico

 Dell'Istituto Comprensivo di CALVISANO

Il sottoscritto. in qualità di del Plesso di

 

si autorizzi l'ingresso del Sig per prestare l'attività dinell'ambito del Progetto………………………….. da condurre presso la scuola:

* INFANZIA SEZIONI  TUTTE
* PRIMARIA CLASSI  TUTTE
* SECOND. Dl I GRADO CLASSI  TUTTE PLESSO di  CALVISANO  ISORELLA  MEZZANE  VIADANA

Nel periodo dal al come da calendario allegato

Si allega copia documento identità del conduttore dell'attività.

Distinti saluti FIRMA

Calvisano lì

* VISTO  SI AUTORIZZA  NON SI AUTORIZZA

Per IL Dirigente Scolastico

La Dirigente Scolastica Il Coordinatore di Plesso

 Prof.ssa Valentina Marafioti

PARTE DA TRATTENERE IN UFFICIO / INVIARE PER ATTI UFFICIO (CON COPIA DEL MATERIALE)

Ai collaboratori scolastici: SI AUTORIZZA l'ingresso de Sig del

Gruppo/Associazione per prestare l'attività di nell'ambito del Progetto

Nel periodo come da calendario allegato, presso la scuola plesso di classe sezione

La Dirigente Scolastica Il Coordinatore di Plesso Calvisano il

 Prof.ssa. Valentina Marafioti