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