ISTITUTO COMPRENSIVO SELVAZZANO 2	AUTORIZZAZIONE INTERVENTO ESPERTO ESTERNO	DOCENTI

Al Dirigente Scolastico
Dell'IC Selvazzano 2

Il/la sottoscritto/a _____

☐ Docente ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria I grado

presso la sede di_____

in qualità di Referente del progetto_____

fa richiesta di

AUTORIZZAZIONE

per l'ingresso a scuola dalle ore _____alle ore _____nel periodo_____

*(*con intervento della durata superiore a due giorni, compilare l'apposita sezione prevista per il calendario degli interventi)* per il Sig./Sig.ra _____

in qualità di

☐ **ESPERTO ESTERNO** a supporto dell'attività didattica relativa al sopracitato progetto inserito nel POF per l'anno scolastico in corso.

Breve descrizione dell'intervento: _____

_____

_____

Il sottoscritto dichiara che:

☐ L'intervento non comporta alcun onere per l'istituto.

☐ L'intervento comporta un costo previsto in €_____.

e che la responsabilità didattica e la vigilanza degli alunni sono assicurati dagli insegnanti di classe/sezione.

***Calendario Interventi**:

Classi coinvolte	Date	Orari

Data, _____

Firma del Referente del progetto

_____

****

Il Dirigente Scolastico, VISTA la richiesta:

☐ Autorizza e incarica l'Esperto esterno agli incontri con gli alunni presso il ns. Istituto, come sopra descritto

☐ Non autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Avv. Giuseppe Sozzo