AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC *MASTRI CARAVAGGINI* - CARAVAGGIO

OGGETTO: richiesta autorizzazione a recarsi presso l'ASL/Centri accreditati Regione Lombardia.

I … sottoscritt … docente ……..

In servizio presso la scuola
- Infanzia S. Bernardino
- Infanzia Margheritina
- Infanzia Masano
- Infanzia Vidalengo
- Primaria Merisi
- Primaria Masano
- Primaria Vidalengo
- Secondaria Caravaggio

CHIEDE

L'autorizzazione a recarsi presso

- l'ASL di…….....…….
- Centro accreditato Regione Lombardia (specificare quale) .....

…….……

in data……dalle ore……alle ore……

per l'alunno …… della classe ……...

L'incontro avviene in orario di servizio si ☐ no☐

L'insegnante deve essere sostituito si ☐ no☐

L'insegnante ha diritto ad essere incentivato con il FIS si ☐ no☐

Caravaggio, ……..

_____

Firma

Il sottoscritto si impegna a consegnare in Segreteria la relativa documentazione

---

- **Si autorizza**
- **Non si autorizza**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Gloria Albonetti