

Spett.le
Servizio Integrazione Scolastica
Azienda ULSS 9 Scaligera
Sede di Bussolengo
Mail: sis@aulss9.veneto.it
segreteria@aulss9.veneto.it
Fax. Nr. 045/6712466

OGGETTO: convocazione incontro operatore socio sanitario Servizio Integrazione
Scolastica

Con la presente si chiede la presenza dell'operatore del Servizio Integrazione Scolastica

(cognome e nome) _____

per l'incontro che si terrà il giorno: _____ presso _____

dalle ore _____ alle ore _____ per (motivazione) _____

data

Il Dirigente Scolastico
(timbro e firma)

Parte riservata al Servizio Integrazione Scolastica

SI AUTORIZZA

Direttore UOC Non Autosufficienza
Dott. G. Bezzan

NON SI AUTORIZZA

Direttore UOC Non Autosufficienza
Dott. G. Bezzan

Si attesta l'avvenuta partecipazione:
data

Il Dirigente Scolastico o suo delegato