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

OGGETTO: Richiesta autorizzazione uscita operatore socio sanitario

Con la presente si chiede la presenza dell'operatore del Servizio integrazione Scolastica
(cognome e nome) _____
per l'accompagnamento dell'alunno disabile _____

- ☐ all'uscita didattica
- ☐ al viaggio d'istruzione
- ☐ altro (specificare) _____

giorno di partenza _____ orario di partenza _____
giorno di arrivo _____ orario di arrivo _____
destinazione_____
Si precisa che sarà garantita la presenza dell'insegnante di sostegno o di personale ausiliario per l'accompagnamento dell'alunno disabile: **sì** ☐ **no** ☐

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