



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLE RICERCA

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO

"VIA BOCCIONI"

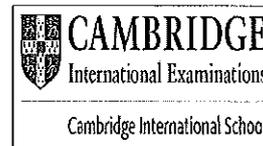
Sede Legale: Via U. Boccioni, 12- 00197 Roma ☎ 06 8082153

II Municipio

Sede Operativa: via Lovanio, 13- 00198 Roma ☎ 068553209-☎068845025

Distretto 10° - Codice Scuola RMIC8D7005

Codice Univoco Ufficio UFR6KU



AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa MATILDE NANNI

I.C. VIA BOCCIONI

Via Lovanio, 13

Roma

Oggetto: Richiesta incontro Operatore Sanitario con i docenti del c.d.c. per predisposizione PDP

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno _____ frequentante la classe _____

del plesso _____

Chiede l'incontro in oggetto.

Si forniscono di seguito i **dati dell'operatore sanitario, di cui si allega Documento di identità.**

NOME	
COGNOME	
LUOGO e DATA DI NASCITA	
SPECIALIZZAZIONE	
N. Iscrizione ALBO PROFESSIONALE	

FIRMA
