|  |
| --- |
| ***I.C. “V. BRANCATI” REGIONE SICILIANA*** |
| ***Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca*** |
| ***Istituto Comprensivo Statale “V. Brancati”*** |

*Viale S.Teodoro. - 95121 CATANIA - Tel 095/457478 – Fax 095/209514 – C.F. 80014150876*

*E-mail:* ctic886005@istruzione.it

**Alla Famiglia dell’alunno**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OGGETTO: Incontro di verifica**

La S.V. ,genitore dell’alunn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_della scuola d’infanzia, primaria, secondaria, è invitata all’incontro di verifica con l’equipe del servizio medico dell’ASP(Azienda Sanitaria Provinciale) che si terrà il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso il Plesso Centrale (Viale S.Teodoro) di codesto Istituto.

Si raccomanda la puntualità, e si ricorda che la presenza è indispensabile per la riconferma del sostegno scolastico al proprio figlio per il prossimo anno scolastico.

Catania, Il Docente di sostegno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(Compilare e restituire al docente di sostegno)**

Il sottoscritto/a genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ha ricevuto la comunicazione relativa all’incontro di verifica con l’equipe del servizio medico dell’ASP di Catania

**Catania, Firma del genitore**