

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Richiesta di autorizzazione per la partecipazione dell'operatore socio sanitario a riunioni di equipe/programmazione/GLO.**

Si chiede di autorizzare la presenza dell'operatore socio sanitario sig./sig.ra

➤ Alla riunione di equipe/GLO c/o \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

➤ All'incontro di programmazione c/o \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Per il minore \_\_\_\_\_

Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Eventuale modalità di organizzazione di sostituzione dell'operatore nel caso in cui lo stesso sia impegnato in altri servizi nella stessa o altra scuola.

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

**Firma del Dirigente**

\_\_\_\_\_

*Il riscontro alla presente richiesta arriverà via mail da parte del coordinatore della Cooperativa (o da parte dell'AULSS 6 per i propri dipendenti).*