

NOTA BENE: il presente modulo deve essere inviato via mail all'Assistente Sociale di riferimento e, per conoscenza, a mediazione@olivotti.org e ats@comune.mira.ve.it IL PRIMA POSSIBILE e comunque entro e non oltre la fine del mese corrente (per il mese di dicembre, entro l'ultimo giorno di scuola).

Il/La sottoscritto/a:	Ruolo:
Istituto Scolastico:	Plesso Scolastico:

che ha richiesto l'intervento per l'alunno/a o gli/le alunni/e:

NOME	COGNOME	SESSO	ETÀ
1			
2			
3			
4			
5			

DICHIARA

che l'intervento di facilitazione linguistica del/della facilitatore/facilitatrice linguistico/a

si è svolto nei seguenti giorni e orari:

DATA	DALLE	ALLE	FIRMA DEL/DELLA DOCENTE PRESENTE ALL'INTERVENTO	FIRMA DEL/DELLA FACILITATORE/ FACILITATRICE

Indicare eventuali note:

Nel caso in cui si ritenga che l'intervento non sia stato adeguato, si prega di scrivere una mail a mediazione@olivotti.org e, per conoscenza, a ats@comune.mira.ve.it specificando a quale intervento ci si riferisce e indicando le motivazioni.

Data

Timbro e firma del/della dichiarante