

Al Dirigente Scolastico  
dell'ISC Via Ugo Bassi  
di Civitanova Marche  
Dott. Armandini Maurizio

**OGGETTO: richiesta riunione Équipe pedagogica in favore di alunno/a DSA/altri BES**

Il/La sottoscritto/a ..... genitore dell'alunno/a  
..... frequentante la classe ..... sezione .....  
della Scuola Secondaria di primo grado "Annibal Caro"

**CHIEDE**

che venga indetta una riunione dell'Équipe pedagogica con il coordinatore di classe, prof./ssa  
nome.....cognome ....., alla presenza del/i  
richiedente/i e alla eventuale presenza di (*apporre una crocetta se interessati*):

- F.S. DSA/altri BES scuola secondaria;
- Istituto/ specialista/i esterno/i che ha/hanno redatto la diagnosi e che ha/hanno in  
trattamento l'alunno/a .....;  
*indicare nominativo Istituto/specialista, recapito telefonico e indirizzo e. mail*
- .....;  
*(indicare eventuale altro/i docente/i di classe la cui presenza sarà garantita compatibilmente con gli impegni didattici)*
- .....  
*(indicare eventuale altro/i docente/i di classe la cui presenza sarà garantita compatibilmente con gli impegni didattici)*

Distinti saluti,

I genitori

-----  
-----

-----  
*Da compilare a cura della F.S. DSA / altri BES scuola secondaria*

La suddetta riunione avrà luogo:

- a distanza, utilizzando la piattaforma Meet\*, in data ..... alle ore .....
- in presenza presso la scuola "Annibal Caro", in data ..... alle ore .....

Seguirà comunicazione ufficiale di conferma definitiva.

*(\*In caso di riunione a distanza a mezzo piattaforma Meet, il coordinatore di classe creerà un apposito evento sulla piattaforma inserendo, per l'invito rivolto alle famiglie, il nominativo, dunque il relativo account, dell'alunno/a e, per quanto riguarda l'Ente Riabilitativo/specialista, l'indirizzo mail).*

Civitanova Marche, li .....

L'ins F.S. ....

-----  
 SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico  
Dott. Maurizio Armandini

-----

**主题: 对于 DSA/altri BES 学生召开教学团队交流会请求**

签署人男/女姓名..... 作为父母, 学生男/女  
姓名 ..... 就读年级 ..... 班级.....  
中学“Annibal Caro”

**请求**

召开教学团队交流会,该班负责人名.....姓 .....,本人会亲自参加, 并希望以下人员也会参加 (对感兴趣的部分打叉):

- 中学 F.S. DSA/altri BES 校方人员;
- 治疗中心/专家/给该学生男/女, 开具的诊断书/已经在治疗中  
.....;  
具体填写治疗中心/专家姓名, 电话号码及邮箱
- .....;  
(具体填写其他任课老师, 不会对该任课老师的上课时间产生冲突)
- .....  
(具体填写其他任课老师, 不会对该任课老师的上课时间产生冲突)

此致敬礼

父母签名

-----  
-----

-----  
由中学 F.S. DSA / altri BES 工作人员填写

该会议将会使用以下方式来举行:

- 线上, 使用 Meet 平台, 日期 ..... 时间 .....
- 在学校“Annibal Caro”举行, 日期..... 时间.....

学校会有确认通知书。

(\*如果在线上使用 MEET 平台开会, 该班负责人会创建该平台链接, 及时通知家长, 并会把该链接及会议名称发送到学生使用的邮箱里, 也会把该链接发到其他的治疗中心/专家的邮箱里).

Civitanova Marche, 日期.....

L'ins F.S. ....

-----  
 授权

不授权

Il Dirigente Scolastico  
Dott. Maurizio Armandini

.....