

---

**Oggetto:** richiesta di autorizzazione per la partecipazione dell'operatore socio sanitario all'incontro di equipe/programmazione

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

---

Alla riunione di equipe c/o collegamento on-line su piattaforma Meet

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

Scuola \_\_\_\_\_ Frequentante la classe \_\_\_\_\_

Il giorno \_\_\_\_\_ Dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

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

---

**Firma del Dirigente**

---

**SPAZIO RISERVATO ALLA COOPERATIVA ANCORA /A.ULSS 6** (Distretti Padova-Bacchiglione, Padova-Piovese, Terme-Colli)

SI AUTORIZZA  n. ore autorizzate \_\_\_\_\_

NON SI AUTORIZZA

**Note:**

---

---

Il Coordinamento.