

Conferenza dei Sindaci dei Comuni di Cavallino Treporti Marcon Quarto d'Altino Venezia	RICHIESTA DI COLLABORAZIONE	DGR 2416/2008
--	--	---------------

**Comunicazione
VIA FAX**

Servizio Sociale
Comune/Municipalità di residenza del minore

Via _____

Fax _____

Dati scuola richiedente

Nome dell'Istituto _____

Indirizzo _____

Telefono _____

E-mail _____

Il Referente (nome e cognome)

in qualità di _____

CHIEDE

al Servizio Sociale un incontro per condividere la seguente situazione allo scopo di attivare
un collaborazione tra Scuola e Servizi:

Nome _____ Cognome _____

Data nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza (via) _____

Nazionalità _____

Composizione del nucleo familiare

Classe _____ Sez. _____ Insegnante referente _____

Se non c'è il consenso della famiglia (ai sensi del DLGS 196/2003) oppure se non è opportuno acquisirlo indicare solo:

età del minore _____

sexso _____

Classe _____ sez. _____ Insegnante referente _____

Breve descrizione della situazione dell'alunno/a

Luogo _____

data _____

Firma del Dirigente Scolastico
