**MODELLO DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI APPARTENENTI AL GLO – GRUPPO DI LAVORO OPERATIVO DI ALUNNO DIVERSAMENTE ABILE**

Alla c.a. di

…………………………………………………..

Con la presente il docente di sostegno / coordinatore di classe, plesso o sezione

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 per il Dirigente Scolastico, prof.ssa Giuseppa Pavone,

**convoca le seguenti persone**

* I genitori dell’alunno / alunna:
* L’operatore dell’ASL:
* L’assistente sociale del CISS:
* L’educatore:
* L’assistente alla persona:
* Altri soggetti interessati:

Nominativo alunno / alunna DVA:

Scuola e classe frequentata:

 Il GLO sarà insediato in data ……………………………… alle ore ……………..

La riunione si terrà in presenza / in videoconferenza [*evidenziare la voce corretta*].

Sarà gradita la Vostra partecipazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Giuseppa PAVONE

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, comma 2, del decreto legislativo n. 39/1993*