



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCAUFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**ISTITUTO COMPRENSIVO “ Via Cassia km 18,700” Largo Cesare Vico Lodovici , 9**

**- 00123 R O M A**

**CIRCOLARE PERMANENTE N. 197**

**Prot. n. 2581/B01**

**Roma, lì 12-04-2013**

**Ai Docenti**

**A Tutti i Genitori**

**Al Personale**

**All'Albo e al Sito**

**Al D.SGA**

**Oggetto: Ricevimento Genitori**

Per disciplinare il n° e l'accesso dei genitori nel Plesso, si dispone che il ricevimento genitori in orario scolastico deve essere effettuato **unicamente per appuntamento** utilizzando la seguente procedura:

- 1) il genitore fa richiesta dell'appuntamento al docente per il tramite dell'alunno utilizzando unicamente l'Allegato 1;
  - 2) Il docente completa l'allegato nella parte *autorizzazione del Docente* indicando al genitore giorno e ora dell'appuntamento e lo rinvia al genitore;
  - 3) Il Genitore sarà autorizzato dal collaboratore scolastico al presidio portierato a recarsi nell'U.R.P. Solo se munito di autorizzazione del Docente (Allegato 1) e identificato per presa visione del documento di identità;
  - 4) Il collaboratore Scolastico firma per avvenuto accesso e conserva l'allegato agli atti ricevimento del giorno;
  - 5) mensilmente le autorizzazioni saranno raccolte dalla docente Cericola e conservate agli atti.
- I Genitori sono invitati ad esprimere la massima collaborazione nel seguire questa procedura volta a garantire un miglior funzionamento del ricevimento genitori e una maggiore sicurezza degli edifici scolastici.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Anna D'Auria

**Allegato 1 – RICHIESTA RICEVIMENTO DOCENTI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Della classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ Chiede di essere ricevuto/a per un colloquio.

Roma, \_\_\_\_\_ Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_

Da compilare a cura del docente

<b>AUTORIZZAZIONE DEL DOCENTE</b>
<b>Si autorizza per</b>
<b>Il giorno</b> _____
<b>alle h</b> _____
Firma del Docente _____

Firma del collaboratore scolastico \_\_\_\_\_

.....  
**Allegato 1 – RICHIESTA RICEVIMENTO DOCENTI**

**AL DOCENTE**

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Della classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ Chiede di essere ricevuto/a per un colloquio.

Roma, \_\_\_\_\_ Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_

Da compilare a cura del docente

<b>AUTORIZZAZIONE DEL DOCENTE</b>
<b>Si autorizza per</b>
<b>Il giorno</b> _____
<b>alle h</b> _____
<b>Firma del docente</b> _____

Firma del collaboratore scolastico che riceve \_\_\_\_\_