



POLO TECNICO PROFESSIONALE RIGHI-BOCCIONI/FERMI



Via Trabocchetto, Il Tronco - 89126 Reggio Calabria (RC) - Cod. Mecc. RCIS034004
Tel. : 0965/499455 - C.F. 80010790808 -
Via Sbarre Diram. Labocchetta tel. 0965499427
E-MAIL. rcis034004@istruzione.it - PEC: rcis034004@pec.istruzione.it

POLO TECNICO PROFESSIONALE RIGHI-BOCCIONI/FERMI
Prot. 0013273 del 20/11/2024
IV (Uscita)

Ai Docenti
agli alunni
ai genitori
agli Assistenti all'autonomia ed alla Comunicazione
al DSGA
Atti

COMUNICAZIONE N.112

OGGETTO: Laboratori per l'inclusione.

Si comunica che dal 25 Novembre 2024 prenderà avvio l'attività relativa ai Laboratori di Inclusione, dedicati, in particolare, agli alunni con disabilità che seguono un percorso differenziato. L'attività del Laboratorio di ARTEMUSICOTERAPIA si svolge presso il plesso "U. Boccioni" ed è curata dalla Prof.ssa Calabrò Annagrazia cui i docenti specialisti potranno segnalare i nominativi degli alunni che desiderano parteciparvi, accompagnati dal relativo docente specialista e/o dall'assistente all'autonomia ed alla comunicazione.

Presso la sede "E. Fermi", nell'aula "ARCOBALENO", un ambiente di apprendimento emotivo e informale, dotato di tecnologia semplice e immediata con uno spazio "morbido", arredi dedicati, gli alunni potranno svolgere attività creative e individualizzate con i docenti specialisti e con il personale assistente specialistico.

In allegato il modello di richiesta di partecipazione, da compilarsi a cura dei familiari degli alunni.

**Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Anna Maria Cama**

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 c. 2 del D. l.gs. n. 39/93*



POLO TECNICO PROFESSIONALE RIGHI-BOCCIONI/FERMI



Via Trabocchetto, Il Tronco - 89126 Reggio Calabria (RC) - Cod. Mecc. RCIS034004
Tel. : 0965/499455 - C.F. 80010790808 -
Via Sbarre Diram. Labocchetta tel. 0965499427
E-MAIL. rcis034004@istruzione.it - PEC: rcis034004@pec.istruzione.it

Oggetto: **Autorizzazione** alla partecipazione ai LABORATORI DI INCLUSIONE AS 24/25

Il/La sottoscritt_ _____, genitore dell'alunn_ _____,
_____ frequentante la classe _ _ sezione _ dell'Istituto
_____ via _____

AUTORIZZA (*)

Il/la propri_ figli_ a partecipare, sotto la guida del/della docente specialista, ai seguenti laboratori:

- o LABORATORIO DI ARTEMUSICOTERAPIA, presso la sede "U. Boccioni", Via Frangipane
- o LABORATORIO "ARCOBALENO", presso la sede "E. Fermi" di Via Labocchetta

() Nel caso di un unico firmatario del presente documento, lo stesso, consapevole delle disposizioni contenute nel D. Lg.vo 28.12.2013 n.154, che ha apportato modifiche al Codice Civile in tema di filiazione (in particolare Art. 316 c.1, Art. 337-ter c.3, art 337 -quater c.3), DICHIARA, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di avere condiviso e concordato con l'altro genitore la volontà di sottoscrivere la presente autorizzazione, nell'osservanza delle norme del Codice Civile sopra richiamate in materia di responsabilità genitoriale.*

Data _____

Firma/e

