



ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI II – TIVOLI CENTRO

SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI PRIMO GRADO AD INDIRIZZO MUSICALE

C.F. 86003970588 – Cod.Mecc. RMIC89300V – E-mail: RMIC89300V@istruzione.it - rmic89300v@pec.istruzione.it

Sito web : - www.istitutobaccellitivoli.it - Sede Legale : Via dei Pini ,19 – 00019 Tivoli (Rm) – tel. 0774 312203 - fax 0774336792
sedi staccate: S. Polo dei Cavalieri:tel e fax 0774 416273– S. Polo scalo tel. e fax 0774418331 - V.le Picchioni tel. 0774 317858

circ. n. 95 del 13/11/2019

Ai docenti di scuola primaria
e alle famiglie di tutti i Plessi

Oggetto: Colloqui individuali scuola-famiglia - chiarimenti

Si raccomanda ai destinatari della presente, l'osservanza delle date stabilite per i **Colloqui individuali scuola-famiglia per gli alunni di scuola primaria. Detti colloqui a carattere d'urgenza devono avvenire tassativamente previo accordo con i docenti interessati ed esplicitamente autorizzati dagli stessi**, potranno impegnare il personale docente solo nella prima fascia oraria della programmazione (primi 40 minuti dell'orario calendarizzato).

Si fa divieto assoluto di raggiungere telefonicamente le maestre durante l'orario di lezione, al fine di non interrompere pubblico servizio e la relativa vigilanza sulle classi. Ogni trasgressione della presente disposizione, soprattutto se su iniziativa del genitore, sarà comunicata tempestivamente al Dirigente o al Fiduciario di plesso per i provvedimenti di competenza.

L'occasione è gradita per trasmettere nuovamente medesimo calendario di programmazione, già aggiornato su piano delle attività docenti, senza variazioni rispetto alla circolare 84 pari oggetto.

San Polo	Bivio S. Polo	I.Giordani
3/12/19	3/12/19	12/11/19
17/12/19	17/12/19	26/11/19
21/01/20	21/01/20	07/01/20
28/01/20	28/01/20	14/01/20
18/02/20	18/02/20	04/02/20
03/03/20	03/03/20	11/02/20
31/03/20	31/03/20	10/03/20
05/05/20	05/05/20	24/03/20
19/05/20	19/05/20	21/04/20
26/05/20	26/05/20	28/04/20

Si allega il modulo per la richiesta.

Il Dirigente Scolastico
dott. Nazario Malandrino

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ai sensi dell'Art.3, comma 2 del D.lgs. n. 39/1993

Il /La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a: _____ classe _____ Sez. _____

CHIEDE di poter effettuare il seguente colloquio:

Docente: _____

Giorno : _____ ora _____

vedi circolare n. 84 AS 2019/20

Firma Genitore

Per conferma: Giorno: _____ ora _____

Firma Docente

Il /La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a: _____ classe _____ Sez. _____

CHIEDE di poter effettuare il seguente colloquio:

Docente: _____

Giorno : _____ ora _____

vedi circolare n. 84 AS 2019/20

Firma Genitore

Per conferma: Giorno: _____ ora _____

Firma Docente
