|  |  |
| --- | --- |
| **Qualifica** | **Cognome e Nome**  |
| Dirigente scolastico |  |
| Operatori U.T.R. Asl TA-1 |  |
| Operatori O.S.M.A.I.R.M. TA-1 |  |
| Educatrice |  |
| Funzione Strumentale  |  |
| Insegnante/i di sezione/classe |  |
| Insegnante di sostegno |  |
|  |  |
| Genitori |  |

**SINTESI DEGLI INTERVENTI**

L’incontro termina…

Firma

…………………………….