ISTITUTO COMPRENSIVO ………………………...DI………………………………………………………………………………..

DIRIGENTE SCOLASTICO…………………………………….REFERENTE BES…………………………………………..

INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE:

* solo se possibile, specificare se si tratta di alunni con disabilità, con DSA o con altri BES (NON inserire i nominativi, ma solo i NUMERI);
* se la richiesta di un colloquio proviene sia da genitori che da docenti dello stesso alunno, inserire il numero SOLO nella colonna RICHIESTE GENITORI;
* rimandare in file in formato Word.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ISTITUTO** | **NUMERO RICHIESTE COLLOQUI DA PARTE DI GENITORI** | **NUMERO RICHIESTE DI COLLOQUI DA PARTE DI DOCENTI** |
| **LICEO ARTISTICO STATALE “PAOLO CANDIANI”**  **LICEO MUSICALE E COREUTICO STATALE “PINA BAUSCH”**  **BUSTO ARSIZIO** |  |  |
| **LICEO SCIENTIFICO**  **“ARTURO TOSI”**  **BUSTO ARSIZIO** |  |  |
| **ISTITUTO TECNICO ECONOMICO**  **“ENRICO TOSI”** |  |  |
| **ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO**  **“PIETRO VERRI”**  **BUSTO ARSIZIO** |  |  |
| **ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA**  **"DANIELE CRESPI"**  **BUSTO ARSIZIO** |  |  |
| **I.S.I.S.**  **FACCHINETTI**  **CASTELLANZA** |  |  |
| **ISTITUTO DI ISTRUZIONE SECONDARIA**  **“ E.FERMI”**  **CASTELLANZA** |  |  |
| **LICEO SCIENTIFICO “BLAISE PASCAL”**  **BUSTO ARSIZIO** |  |  |
| **FONDAZIONE**  **“ENAIP”**  **LOMBARDIA**  **VIALE STELVIO 143/171**  **BUSTO ARSIZIO** |  |  |
| **ISTITUTI SCOLASTICI**  **PARITARI**  **“SIAI MARCHETTI”**  **VIA LEOPARDI,5**  **BUSTO ARSIZIO** |  |  |
|  |  |  |

Data………………….

Firma……………………………….