POLO TECNICO PROFESSIONALE RIGHI-BOCCIONI/FERMI

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

POLO TECNICO PROFESSIONALE RIGHI-BOCCIONI/FERMI
Prot. 0023833 del 18/12/2025
IV (Uscita)

Ai Docenti
agli studenti
alle famiglie
agli Assistenti all'autonomia ed alla Comunicazione
al DSGA
Atti
Sito web

COMUNICAZIONE N. 145

OGGETTO: Laboratori per l'inclusione.

Si comunica che dal 7 gennaio 2026 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 la sede " Boccioni " sita presso il plesso "Ferraris / Da Empoli", 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, II Tronco - 89126 Reggio Calabria (RC) - Cod. Mecc. RCIS034004
Tel. : 0965/499455 - C.F. 80010790808 -
E-MAIL. rcis034004@istruzione.it - PEC: rcis034004@pec.istruzione.it

Oggetto: Autorizzazione alla partecipazione ai LABORATORI DI INCLUSIONE AS 25/26

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", ubicata presso il plesso "Ferraris/da Empoli " VIA PIO XI Viale Pio XI, 317

o LABORATORIO "ARCOBALENO", presso la sede "E. Fermi" di Via Laboccetta

(*) 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