

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO AMANTE

DI FONDI

RICHIESTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA EDUCATIVA PER GLI ALUNNI CON DISABILITA'

ANNO SCOLASTICO 2015/2016

(modulo da compilare e restituire al Dirigente scolastico)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ tel.  
abit. \_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_ in qualità  
di \_\_\_\_\_ dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto/a per l'a.s. 2015/2016 alla classe/  
sez. \_\_\_\_\_ della scuola dell'infanzia/primaria o secondaria di I grado dell'Istituto \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

(barrare la voce di non interesse)

per l'alunno/a sopra indicato l'attivazione del servizio di assistenza educativa specialistica e

**DICHIARA**

che il proprio figlio: ha/ non ha già usufruito del servizio di assistenza educativa specialistica con

l'educatore \_\_\_\_\_ presso la scuola \_\_\_\_\_ nell'anno  
scolastico \_\_\_\_\_ .

Che usufruisce del sostegno per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali.

Eventuali comunicazioni utili:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella presente richiesta.**

Allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_