

ALL'AMBITO TERRITORIALE A04

Comune Capofila Avellino
Piazza del Popolo, 1
83100 Avellino

Al Dirigente dell'Istituto Scolastico

Comune di _____

OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA - SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO - ANNO SCOLASTICO 20__-20__.

Il/La sottoscritto/a
genitore/tutore dell'alunno/a, nato il,
a, residente, in via
....., n°, tel.,
n° cell iscritto/a per l'anno scolastico 20__-20__ presso la
Direzione didattica/Circolo Didattico/Istituto Comprensivo.....
plesso di via, classe.....

CHIEDE

L'attivazione del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per il proprio figlio/a
..... nato ilcon l'intervento di operatore
....., così come da piano terapeutico redatto da
..... dell'ASL di Avellino in allegato.

Il/ La sottoscritto/a, inoltre dichiara che il/la proprio/a figlio/a
è stato/a riconosciuto/a in data portatore di handicap in situazione di
gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge n del 5.2.1992.

Avellino,

In Fede

.....

Si Allega: Piano Terapeutico redatto dall'ASL

- certificazione di Invalidità Civile
- fotocopia documento di riconoscimento del dichiarante.