

Intestazione dell'Istituzione scolastica

A.S. 20 /20

***Ai Servizi Educativi
del Comune di***

OGGETTO: Richiesta di Assistenza scolastica

Il sottoscritto D.S. _____

tenuto conto di quanto descritto e richiesto nella diagnosi relativa all'alunno _____, redatta dalla Dott.ssa _____, Neuropsichiatra Infantile presso l' Azienda Ospedaliera Marche Nord, Presidio di _____, in data _____;

considerate le persistenti difficoltà dell'alunno emerse fin dall'inizio della frequenza della Scuola _____

sentito il Team Docenti/CdC che segue l'alunno

vista la normativa vigente;

ritenendo doveroso tutelare il diritto del minore all' apprendimento

CHIEDE

che l'alunno possa usufruire dell'assistenza scolastica di cui alla L.R. 18/96, s.m.i., per l'anno 20 __ .

Luogo e Data

Firma del Dirigente Scolastico