|  |
| --- |
| **Denominazione dell’Istituzione scolastica**  **A.S. 20 /20** |

**OGGETTO: Aggravamento – Richiesta di incremento ore di sostegno scolastico.**

La presente per richiedere un incremento di n. \_\_\_\_\_ ore di sostegno

per l’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rispetto a quelle già assegnate e pari a n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore, causa aggravamento della disabilità.

Si allega, a supporto della richiesta avanzata, la relativa documentazione medica attestante l’aggravamento precitato.

Firma del dirigente scolastico

Luogo e Data