

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