Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo “N.Cortese”

via Benedetto Croce, Casoria (Na)

alla Unità Neuropsichiatria Infantile

Distretto \_\_

Asl di \_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Richiesta sostegno scolastico

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe/sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di questo Istituto Comprensivo *Infanzia o primaria S. – primaria PdP – secondaria di 1^ grado*

**Chiede**

che il/la proprio/a figlio/a possa essere seguito da un docente di sostegno per l’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Data

Firma

Per eventuali comunicazioni:

Cell/tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_