



ISTITUTO COMPRENSIVO

DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO

"Eduardo De Filippo"

COD.MECC.SAIC8BA00C –C.F.80028470658 –COD.UNIVOCO UFR428

VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA)TEL. 0815152203 – FAX 081915064

email: saic8ba00c@istruzione.it; saic8ba00c@pec.istruzione.it; sito web: www.icedefilippo.gov.it



AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell'I.C. "E. DE FILIPPO"

Sant'Egidio Del Monte Albino

Oggetto: Richiesta per attività di assistenza scolastica specialistica a favore di alunni con disabilità, anno scolastico 2017/18.

Io sottoscritto(C.F.....) nato aprov.
il..... residente a CAP via n.....
nonché

Io sottoscritta (C.F.....) nata a prov
..... il..... residente a..... CAP via..... n
in qualità di genitori di, frequentante la classe.....presso il Plesso
.....

CHIEDE

Alla S.V. il servizio di assistenza scolastica specialistica, erogato attraverso il sistema dei voucher sociali, disciplinato attraverso un apposito regolamento di ambito territoriale S01_2 per il proprio figlio/a affetto da disabilità fisica, psichica e/o sensoriale, non autosufficiente con significativa compromissione dell'autonomia, come si evince dalla Diagnosi Funzionale.

Data _____

FIRMA di entrambi genitori

