



EBOLI CAPOFILA

Altavilla Silentina – Campagna – Contursi Terme – Eboli – Oliveto Citra – Postiglione – Serre – Sicignano degli Alburni – Provincia di Salerno – A.S.L. Salerno

DOMANDA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA'

MODULO B RICHIESTA ISTITUTO SCOLASTICO

Denominazione Istituto : _____

Indirizzo (via) _____ n. _____

Comune di : _____

Telefono: _____ Fax: _____

e.mail: _____

pec: _____

Dirigente : _____

Docente Referente: _____

Recapiti Docente Referente _____

L'Istituto, acquisita richiesta scritta da parte degli esercenti la potestà (Modulo A), con la presente

CHIEDE

L'attivazione del servizio in oggetto per l'anno scolastico 2019/2020 e per gli alunni indicati nella tabella allegata alla presente istanza.

Inoltre, si allega per ogni alunno indicato la richiesta dei genitori/tutori sottoscritta e firmata (Modulo A).

Luogo e data

_____, lì ___/___/____

Il Dirigente Scolastico