

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Capena
Via del Mattatoio s.n.c.
00060 CAPENA

Il/La sottoscritto/a
genitore dell'alunno frequentante
la classe/sez..... della Scuola.....
(Infanzia C.U. o S.M., Primaria C.U. o S.M., Secondaria I° Grado)
di questo Istituto Comprensivo

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a possa essere seguito da un docente di sostegno per
l'anno scolasticoa tal fine si allega documentazione.

Data

Firma (1)

.....
.....

(1) In caso di genitori separati la richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori.

Per eventuali comunicazioni:

Cell./Tel. _____

Email: _____