



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**Scuola primaria paritaria Piccolo Uomo
RM1ES55005**

Tel. 0641400903 mail: scuolapiccolouomo@yahoo.it

Via Nomentana ,1356/58 – 00137 Roma

**Al Dirigente Scolastico
Della scuola primaria paritaria Piccolo Uomo**

Oggetto: Richiesta di SOSTEGNO

Il/La sottoscritto/a genitore
dell'alunno frequentante la classe/sez.....
della Scuola.....

CHIEDE

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

- Certificato ASL ai fini dell'integrazione scolastica (da consegnare entro Marzo dell'anno precedente per attivazione sostegno nell'anno successivo – **OBBLIGATORIO PER ATTIVAZIONE DEL SOSTEGNO**)
- Altra documentazione (diagnosi funzionale, 104/1 , 104/3, relazioni degli specialisti etc..)

Per eventuali comunicazioni:

Cell./Tel _____ Email: _____

Distinti saluti,

Roma, data.....

FIRMA GENITORI

.....

.....

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

Per accettazione
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
