

**OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA EDUCATIVA SPECIALISTICA SCOLASTICA .
ANNO SCOLASTICO 2014-2015.**

Il/La sottoscritto/a..... nato a.....,
il....., residente a San Sperate, Via
n....., genitore/tutore dell'alunno/..... nato a
il , tel. ab , eventuale n° cell
e-mail

iscritto/a per l'anno scolastico **2014-2015** presso:

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria classe..... sezione.....
- Scuola Secondaria di primo grado classe.....sezione.....

Direzione Didattica o Istituto Comprensivo

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di Assistenza Educativa Specialistica scolastica per il proprio figlio/a. A tal fine, l'interessato dichiara:

Che per il/la proprio/a figlio/a per l'anno scolastico 2014- 2015:

- non è stato richiesto l'insegnante di sostegno;
- è stato richiesto l'insegnante di sostegno con rapporto

Si allega alla presente:

1. Certificato relativo alla legge 104/92, Art. 3, Comma 3;
2. Certificato rilasciato esclusivamente da Servizi Specialistici, dalla Neuropsichiatria infantile della ASL o da Centri convenzionati/accreditati, con richiesta di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica per l'anno scolastico 2014/2015, nel quale si evidenzia, chiaramente, la specificità e la necessità dell'intervento di assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale (art.13, comma 3, Legge 104/92 e ribadito dal Protocollo d'Intesa del 13 settembre 2000, tra Ministero della Pubblica Istruzione e ANCI e organizzazioni sindacali e dalla Circ M.I.U.R. n°3390 del 30 novembre 2001).

Il dichiarante autorizza l'Ente all'utilizzo dei propri dati, come previsto dal Decreto legislativo n° 196, del 30 giugno 2003 .

San Sperate, li _____

In fede
