|  |
| --- |
| **Intestazione dell’Istituzione scolastica****A.S. 20 /20**  |

***Ai Servizi Educativi***

***del Comune di***

**OGGETTO: Richiesta di Assistenza scolastica**

Il sottoscritto D.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**tenuto conto** di quanto descritto e richiesto nella diagnosi relativa all'alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, redatta dalla Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Neuropsichiatra Infantile presso l’ Azienda Ospedaliera Marche Nord, Presidio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**considerate** le persistenti difficoltà dell'alunno emerse fin dall'inizio della frequenza della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**sentito il Team Docenti/CdC** che segue l’alunno

**vista** la normativa vigente;

**ritenendo** doveroso tutelare il diritto del minore all’ apprendimento

**CHIEDE**

che l’alunno possa usufruire dell’assistenza scolastica di cui alla L.R. 18/96, s.m.i., per l'anno 20 \_\_ .

Luogo e Data Firma del Dirigente Scolastico