
(Intestazione Istituto Scolastico)

AL COMUNE di _____

Referente _____

Oggetto: Richiesta di assistenza educativa scolastica (AES) per alunno:

COGNOME _____ NOME _____

CLASSE _____ SCUOLA _____

INDIRIZZO SCUOLA _____

Tempo scuola frequentato dall'alunno: _____ ore settimanali.

Ai sensi della vigente normativa di seguito indicata:

D.P.R. n. 616/77; art. 13, comma 3, Legge n. 104/92; D.Lgs. n. 297/94; D.L.vo n. 112/98; art. 14, Legge n. 328/2000; Protocollo d'Intesa tra Ministero P.I., ANCI e OO.SS. del 13.9.2001; Nota ministeriale del 30.11.2001, prot. 3390; Legge Regionale Lombardia n. 31/80

si richiede

per l'allievo/a indicato in oggetto, per cui è accertato lo stato di handicap ai fini dell'integrazione scolastica, l'assistenza educativa scolastica (AES) per _____ ore settimanali.

Codice Diagnosi: _____

Etichetta diagnostica per esteso: _____

Giorno di inizio delle lezioni: _____

Giorno di fine lezioni: _____

Ore settimanali di sostegno impiegate nell'anno scolastico in corso _____

Ore settimanali di sostegno didattico richieste per l'anno prossimo _____

Si allega alla presente:

verbale di accertamento

diagnosi funzionale

nulla, perché la documentazione presentata in precedenza è ancora in corso di validità

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
