Mod. M1 richiesta AES alunni non disabili

Anno scolastico 20\_\_\_\_ / 20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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.

**si richiede**

per l’allievo/a indicato in oggetto, l’assistenza educativa scolastica (AES) per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali.

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:

□ relazione clinica specialistica

□ relazione progettuale come da protocollo AES

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_