

Al Dirigente Scolastico
dell.I.C. Interprovinciale dei SIBILLINI

OGGETTO: RICHIESTA DOCENTE SOSTEGNO

I sottoscritti _____ e _____,
genitori dell'alunno/a _____ iscritto/a alla
classe _____ Sez. _____ della Scuola _____ di _____
infanzia-primaria-sec.1°
di questo Istituto Comprensivo,

CHIEDONO

per il/la proprio/a figlio/a l'assegnazione di un docente di sostegno per l'anno scolastico _____

A tal fine si allega documentazione.

Comunanza _____

FIRMA

1° genitore _____

2° genitore _____

Per eventuali comunicazioni:

Cell./Tel. _____

Email: _____