Al D.S. ***Floridia Prof. Antonino***

 IIS “Olivelli-Putelli”

 Darfo B.T. (BS)

**Oggetto:** *richiesta ore servizi di trasporto scolastico e di assistenza per l’autonomia e la comunicazione personale ai fini dell’inclusione scolastica degli studenti certificati ai sensi della legge 104/’92.*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto alla classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’anno scolastico 2017/2018

**CHIEDE**

l’erogazione di n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore per i servizi di trasporto scolastico e di assistenza per l’autonomia e la comunicazione personale ai fini dell’inclusione scolastica per il proprio figlio/a certificato/a ai sensi della legge 104/’92.

Cordiali saluti.

Il genitore

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

Il Dirigente Scolastico

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

Darfo B.T. (BS), lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_