

## AII' AMBITO TERRITORIALE A04

Comune Capofila Avellino  
Piazza del Popolo, 1  
83100 Avellino

Al Dirigente dell'Istituto Scolastico

\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

### OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA - SCUOLA SECONDARIA DI SECONDO GRADO - ANNO SCOLASTICO 20\_\_-20\_\_.

Il/La sottoscritto/a .....  
genitore/tutore dell'alunno/a ..... nato il .....  
a ..... residente ..... in via  
..... n° ..... tel. ....  
n° cell ..... iscritto/a per l'anno scolastico 20\_\_-20\_\_ presso l' Istituto  
scolastico.....  
plesso di via ..... classe.....

#### CHIEDE

L'attivazione del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per il proprio figlio/a  
..... nato il ..... con l'intervento di operatore  
....., così come da piano terapeutico redatto da  
..... dell'ASL di Avellino in allegato.

Il/ La sottoscritto/a, inoltre dichiara che il/la proprio/a figlio/a .....  
è stato/a riconosciuto/a in data ..... portatore di handicap in situazione di  
gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge n del 5.2.1992.

Avellino, .....

In Fede

\_\_\_\_\_

Si Allega: Piano Educativo Individualizzato redatto dall'ASL

- certificazione di Invalidità Civile
- fotocopia documento di riconoscimento del dichiarante.