

Alla c.se att.ne del Dirigente Scolastico

Prot. N\*

Cesano M.no, \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**Oggetto: richiesta docente di sostegno**

**DICHIARAZIONE DELLO STUDENTE MAGGIORENNE**

I sottoscritto\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ in accordo/in disaccordo\*

con le indicazioni dell’ UONPIA di \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relativamente alla necessità del docente di

sostegno e alla redazione di un PEI così come previsto dalla legge 104/92 e dal D.lgs 66/17

esprime parere favorevole / contrario\*

e conseguentemente

autorizza / non autorizza

i docenti a prendere contatti con gli operatori dei servizi socio sanitari di riferimento.

Data…………………..

Firma dello studente maggiorenne

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

\* cancellare la voce che non interessa

Firma del Dirigente Scolastico per presa visione

Dott.ssa Alberta LIUZZO