

DISABILITÀ SENSORIALI

RICHIESTA DI ASSISTENZA SCOLASTICA INTEGRATIVA PER L'ANNO
SCOLASTICO 2016/2017

SPAZIO PROTOCOLLO

Alla Città metropolitana di Venezia
Centro servizi disabilità sensoriali
Via Ferrarese, 1
30174 Mestre Venezia (loc. Gazzera)

Il/la sottoscritto/a _____
residente in via _____
COMUNE _____ - VE, CAP _____
Tel. casa _____; Cell. _____
Email _____

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a _____
nato/a il _____ a _____

Possa usufruire del servizio di assistenza scolastica integrativa per l'anno scolastico 2016/2017, per il quale è stato iscritto presso la:

Ordine:

- Scuola dell'Infanzia
- Scuola Primaria
- Scuola secondaria di I°
- Scuola secondaria di II°

Scuola _____

Classe _____

via _____

COMUNE _____ - VE, CAP _____

Tel. _____; Fax _____

Email _____

ALLEGA

- Certificato di invalidità civile *(se posseduto)*
- Certificato Legge 104/92 *(se posseduto)*
- Certificazioni mediche specialistiche *(otorino, oculista, foniatra, ...)*
- Certificato di residenza o autocertificazione

(data)

(firma)