

Mod. A

RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO INTEGRAZIONE SCOLASTICA
AZIENDA ULSS 22 BUSSOLENGO
ANNO SCOLASTICO 2016/2017

DENOMINAZIONE DIRIGENZA _____

Indirizzo _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

ALUNNO/A (cognome e nome) _____ M F

Nazionalità _____ data di nascita _____ luogo _____

C.F. _____

Comune di residenza _____ via _____ n _____

Tel. abitazione _____ cell. genitori _____

SCUOLA DI FREQUENZA (a.s. 2016/2017) _____

Indirizzo _____

Telefono _____ fax _____ e-mail _____

Classe _____ Alunni n. _____ Insegnanti di classe n. _____

[per Scuole dell'Infanzia: indicare l'anno (I-II-III) _____]

Orario settimanale frequenza alunno (specificare giorni e orari) _____

Eventuali rientri (giorni e orari) _____

Mense (giorni e orari) _____

Ore settimanali di frequenza dell'alunno	
Ore settimanali RICHIESTE ALL'USP di insegnante di sostegno	
Ore settimanali richieste di operatore socio sanitario	

Data

Dirigente Scolastico

Timbro e firma

Da inviare al Servizio Integrazione Scolastica entro l'11/04/2016