# DOMANDA PER L’ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA’

**Tabella da Allegare al MODULO B - RICHIESTA ISTITUTO SCOLASTICO a.s. 2019/2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **ALUNNO** | **GRADO** | **CLASSE** | **PLESSO** | **FIGURA DA GLH** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |