



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO Istituto Comprensivo CLAUDIO ABBADO
Via Monte Zebio, 35 - 00195 Roma Tel. 06/3725859 - fax 06/3741217
CF:97712900584 e-mail RMIC8GW005@istruzione.it

RICHIESTA ATTIVITA' DI SOSTEGNO

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____,

iscritto alla sezione/classe _____ presso la

- Scuola dell'Infanzia Statale "E. Pistelli"
- Scuola Primaria "E.Pistelli"
- Scuola dell'Infanzia Statale "L.Vaccari"
- Scuola Speciale Primaria "L.Vaccari"
- Scuola Secondaria di I grado "Giovanni XXIII"

dell'I.C. Claudio Abbado di Roma

RICHIEDONO

La figura del sostegno per il/la proprio/a figlio/a per tutta la durata del C.I.S.

Si autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Codice della privacy D.Lgs 196/2003 e successive integrazioni e modifiche.

Roma, ____ / ____ /20__

Firma

