

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.P.S.E.O.A. "Caterina de' Medici"  
Gardone Riviera (Bs)

Oggetto: Richiesta di Sostegno

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
tel./cel \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ padre/madre dell'alunno/a \_\_\_\_\_ iscritto/a per  
l'a. s. \_\_\_\_\_ presso la sede di \_\_\_\_\_ dell'I.P.S.E.O.A.  
"Caterina de' Medici" - Gardone Riviera (Bs) alla classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Vista la diagnosi clinica e funzionale certificata dal /dalla Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Ai sensi della Legge 104/92 che il/la figlio/a possa fruire del sostegno scolastico

Gardone Riviera, \_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_

Allegati:

1. Diagnosi clinica
2. Diagnosi funzionale