



RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO SPORTELLO PROVINCIALE AUTISMO

A.S. _____

Il Dirigente scolastico dell'Istituto:

_____ (denominazione)

_____ (indirizzo)

_____ (recapiti: telef. , e-mail)

chiede

attivazione

riconferma

dell'intervento degli operatori dello Sportello Provinciale Autismo per (indicare le tipologie di intervento richieste):

- formazione docenti e personale ATA
- supporto didattico-organizzativo team/consiglio di classe/docente di sostegno
- formazione tutoring classe accoglienza

Plesso presso cui si richiede l'intervento:

Per l'alunno/i con Disturbo dello Spettro Autistico (iniziali cognome nome):

_____ (breve descrizione delle necessità)

Servizio e Specialista di riferimento:

_____ (servizio)

_____ (nominativo)

Docente di riferimento per contatti telefonici:

_____ Telefono/cellulare

_____ Indirizzo e-mail

Consenso dei genitori al servizio di supporto:

Madre (o di chi ne fa le veci) _____

Padre (o di chi ne fa le veci) _____

(firma)

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
