**Alla Città Metropolitana di Reggio Calabria**

**Settore 7 Istruzione, Sport e Politiche Sociali**

**Richiesta assegnazione assistenza specialistica per l’a.s.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI ISTITUZIONE SCOLASTICA** | |
| **Istituto** |  |
| **Codice Mecc.** |  |
| **Sede** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI ALUNNO PER CUI SI RICHIEDE ASSISTENZA**  **(Per preservare la privacy indicare solo le iniziali e la data di nascita dell’alunno)** | |
| **Alunno** |  |
| **Tipologia (Indicare con EH – CH – DH…)** |  |
| **Classe frequentata** |  |
| **N. Ore di Assistenza Educativa** |  |
| **N. Ore di Assistenza Alla Comunicazione** |  |

**Nel caso si voglia confermare, in continuità, l’assistente compilare la parte seguente:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo Assistente Educativo richiesto** | **Data di Nascita** | **Codice Short List** | **N. Ore** | **Motivo della richiesta**  **(indicare con “SI”)** | |
| **Continuità**  **Educativa** | **Continuità**  **Di Istituto** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo Assistente alla comunicazione richiesto** | **Data di Nascita** | **Codice Short List** | **N. Ore** | **Motivo della richiesta**  **(indicare con “SI”)** | |
| **Continuità**  **Educativa** | **Continuità**  **Di Istituto** |
|  |  |  |  |  |  |

**Nel caso si tratti di alunno del primo anno o nel caso in cui non sia richiesta continuità e si intende nominare un nuovo assistente compilare la parte seguente:**

|  |  |
| --- | --- |
| **N. ore di assistenza educativa da assegnare:** |  |
| **N. ore di assistenza alla comunicazione da assegnare:** |  |

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**