Al Dirigente Scolastico

 2° Circolo

 Bisceglie

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………………………………………………

padre/madre del’alunno/a …………………………………………………..nato/a a ………………………………………….

Il…………………………… frequentante la classe………..sez………….del plesso ………………………………………..

dichiara

di aver consegnato in data …………………………………………………….la seguente documentazione :

* Verbale Individuazione alunno in situazione di disabilità
* Diagnosi funzionale
* Altra certificazione ……………………………………………….

Bisceglie, …………………………………..

 Firma

 …………………………………………………………..