

Al Dirigente
del CTS Ravenna/Faenza
via Manzoni 6
Faenza

Il sottoscritto _____ Dirigente scolastico dell'Istituto

RICHIEDE

consulenza presso lo Sportello Autismo attivato presso il CTS di Ravenna, sito in via Manzoni 6 –
Faenza-, per l'alunno _____, frequentante la classe _____.

L'alunno/a sarà accompagnato dal docente _____ e
dall'educatore _____

DATA

FIRMA
