

ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L' ASSISTENZA DEI SORDI

SOTTO L' ALTO PATRONATO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA



O.N.L.U.S.

COSTITUITO DALLA COLLETTIVITÀ DEI SORDOMUTI CHE NE SONO SOCI (art.2 L.n.698 del 21/08/1950)

SEZIONE PROVINCIALE DI LATINA

Via Bucarest n. 3 – Casella postale n.155 – 04100 Latina

Tel./DTS/Fax 0773/623965 - e-mail: latina@ens.it

Codice Fiscale n. 04928591009

Spett. le Sezione Provinciale Sordi
Casella Postale n. 155
04100 LATINA

MODULO DI RICHIESTA
“ ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE ”

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____
Prov. di _____ il _____ residente a _____
Prov. di _____ in Via _____ n. ____ C.A.P. _____
Telefono abitazione _____ telefono ufficio _____ cellulare _____
genitore di _____ nato/a a _____
Prov. di _____ il _____ tipo di sordità _____
altri handicap _____ conoscenza L.I.S. _____

CHIEDE

che venga assegnato al/la proprio/a figlio/a sordo/a a un ASSISTENTE ALLA
COMUNICAZIONE, per la durata dell'anno scolastico ____ / ____, come previsto dalla
legge 67/99 e L.R. 14/99 per gli studenti sordi, presso la Scuola _____

Zona _____ Via _____ n. ____ classe ____ sezione _____
Telef. _____ fax _____ come da accordi con il Dirigente Scolastico
_____.

Latina, lì _____.

Firma richiedente

Firma Dirigente Scolastico

N.B. si prega di voler compilare il modulo in ogni sua parte in quanto potrebbe essere considerato non valido