ISTITUTO COMPRENSIVO DI PONTE NOSSA

*Scuola dell’Infanzia – Primaria – Secondaria I Grado*

**Indirizzo** Via Rimembranze n. 5, 24028, PONTE NOSSA (BG) – **Telefono** 035 701102 – **C. F.** 90017420168 – **C. M.** BGIC86400Q

**Email** BGIC86400Q@istruzione.it – **PEC** BGIC86400Q@pec.istruzione.it **– Sito** www.icpontenossa.edu.it

**RICHIESTA SPORTELLO DSA/BES**

Il sottoscritto ……………………………………………………*1* docente della classe …………………………………*2* della Scuola ………………………………………………………………*3* di ……………………………………………………………….*4* appartenente all’Istituto Comprensivo di Ponte Nossa chiede

🞏 a proprio nome

🞏 a nome del Team docenti (Primaria)

🞏 a nome del Consiglio di classe (Secondaria)

di potersi avvalere dello Sportello DSA/BES per docenti (Dott.ssa Isabella Baldini) per una consulenza relativa all’alunno

Motivazione:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

In fede,

……………………………, …………./…………./………….

Firma del docente ………………………..................................

*1 Scrivere nome e cognome del docente*

*2 Specificare classe e sezione*

*3 Specificare se Primaria / Secondaria*

*4 Specificare il plesso di appartenenza*

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Visto:

Si autorizza

Non si autorizza

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Veronica Facchi