|  |
| --- |
| http://www.icvittorinimessina.gov.it/wp-content/uploads/2015/09/pon14_20.jpgfoto_sedi.gif |

|  |
| --- |
| **Istituto Professionale Industria e Artigianato** |
| **“Michele Niglio”** |
| Via Napoli n. 23 – 80027 Frattamaggiore (NA)  Tel. 081.8305734 – 081.8308809 - Fax 081.8305734 – C.F.:80035520636  [nari01000a@istruzione.it](mailto:nari01000a@istruzione.it) – [nari01000a@pec.istruzione.it](mailto:nari01000a@pec.istruzione.it) – [www.isniglio.it](http://www.isniglio.it)  [nari01002c](mailto:nari01000a@istruzione.it) sede associata di Grumo Nevano (Na) - Via San Domenico, s.n.c. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSENSO**

**Alunni Disturbi Specifici dell’Apprendimento**

**A.S. 2017/2018**

**Il/la sottoscritto/a ……………………………………………............... nato /a …………………………………**

**il ……………..………. residente …………...…………………………… via ………………………...………..…… genitore dell’alunno ……………………………………………….. frequentante la classe …………..… sez ………..… di codesto Istituto, sede di …………………………….……. sotto la propria responsabilità, manifesta il formale assenso, per l’alunno certificato ai sensi della L. 170/2010, per l’elaborazione di un intervento didattico personalizzato e l’utilizzo di strumenti compensativi e dispensativi.**

**Si allega copia del documento di riconoscimento.**

**Frattamaggiore, …………………………**

**FIRMA DEL GENITORE**

**VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

***Ing. Raffaele D’Alterio***