

**ISTITUTO COMPRENSIVO “J. SANNAZARO”**

**OLIVETO CITRA (SA)**

##### Via Australia,1 - Tel. 0828/793037

**cf. 82005110653 - C.M. SAIC81300D**

e-mail: saic81300d@istruzione.it sito internet: [www.olivetocitraic.edu.it](http://www.olivetocitraic.edu.it)

PEC: SAIC81300D@PEC.ISTRUZIONE.IT



Oliveto Citra,………………

Al l Dirigente Scolastico

dell'IC Sannazaro

di Oliveto Citra (SA)

Dott.ssa Pappalardo Maria

Il/La/I sottoscritto/a/i………………………..………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

genitore/i-tutore/i dell’alunno/a…………………..………………………………….………, nato/a a ………………....……………………………………………………………,

il………………………………………………………………………….…………, certificato ai sensi della L.104/1992;

frequentante la

* SCUOLA DELL’INFANZIA
* SCUOLA PRIMARIA
* SSPG

classe/sezione…………………………………………..…………………..……………. plesso………………………………………………………………………………..……

dell’Istituto Comprensivo Jacopo Sannazaro di Oliveto Citra (SA),

DICHIARA/DichiaraNO

di **rinunciare** per il proprio figlio/a .................................……………………...………….

alla proposta dell’Istituto Scolastico di attivare per il prossimo anno scolastico 2025/2026 il **servizio di assistenza specialistica** del Piano di Zona Ambito S3 (ex S5) a favore degli alunni con disabilità.

 FIRMA DEI GENITORI/TUTORI

 ………………………………………………………

………………………………………………………..