



AUTODICHIARAZIONE RINUNCIA ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA 2024/2025

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ genitore/tutore dello
studente

frequentante la Scuola Secondaria di II Grado

l'Istituto _____ Classe _____

DICHIARA

di rinunciare formalmente, sotto la propria personale responsabilità e nell'interesse del minore, al servizio di Assistenza specialistica scolastica per alunni e studenti con disabilità per l'anno scolastico 2024/25, per il/i seguente/i motivo/i :

MOTIVI PERSONALI

MOTIVI FAMILIARI

ALTRO _____

Data _____

FIRMA
