

Ufficio ____ – Ambito Territoriale di _____

Alunni disabili frequentanti le Scuole Paritarie nell'A.S. 2020/21 - Dati aggiornati al _____

N.	PROV.	Codice meccanografico SIDI scuola	COMUNE	Denominazione scuola	TIPOLOGIA (INFANZIA, PRIMARIA, I GRADO, II GRADO)	N° alunni disabili (come da richiesta scuola)	N° ALUNNI disabili con certificazione validata da UAT	N° ORE SOSTEGNO dichiarate dalla scuola primaria	N° ORE SOSTEGNO Scuola Primaria validate da UAT
1									
2									

DATA

FIRMA DIRIGENTE