

Città Metropolitana di Bari
Servizio WELFARE- CONTROLLO dei FENOMENI DISCRIMINATORI

**Allegato
Sub 3**

**MODELLO RIEPILOGATIVO
A.S. 2022-2023**

Denominazione Scuola _____ (Specificare se Sede Centrale, Succursale)

Indirizzo _____ **Comune** _____ **Tel.** _____ **PEC:** _____

• Indicare se l'orario scolastico settimanale è strutturato in:

• 5 giorni (dal lunedì al venerdì)

• 6 giorni (dal lunedì al sabato).

N.	COGNOME E NOME ALUNNO	DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	CLASSE D'ISCRIZIONE	ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE *		TIFLOGOGO
					LIS	RIP. LAB.	

* indicare con una x la figura richiesta.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO