

ALLEGATO 4

LOGO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Carpi, li

Dott./dott.ssa

Responsabile percorsi misti

Area Handicap

Servizi Sociali del Comune di _____

Via _____

E p.c.

Istituto Scolastico....

Dirigente Scolastico

Oggetto: Risposta alla richiesta di attivazione del percorso misto di alternanza scuola-lavoro e/o scuola-centri diurni a favore di N.N.

Con la presente si comunica l'approvazione della richiesta pervenuta dalla scuola per l'attivazione del percorso misto del ragazzo in oggetto.

A disposizione per ogni altro eventuale chiarimento si porgono cordiali saluti.

Per la N.P.I.A.

Il Dott. / la Dott.sa

.....