



# Istituto Comprensivo "Giovanni XXIII"

Via Ammiraglio Curzon, 34 – 89018 Villa San Giovanni (RC)

Tel. 0965751533 - Fax 0965700406 – C.F. 92081280809 – C.M. RCIC855001

[rcic855001@istruzione.it](mailto:rcic855001@istruzione.it) - [cts-rc@icgiovannixxiii.edu.it](mailto:cts-rc@icgiovannixxiii.edu.it) - [www.icgiovannixxiii.edu.it](http://www.icgiovannixxiii.edu.it)

Codice Univoco Ufficio UFE9TC

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DOTT.SSA LUISA ANTONELLA OTTANÀ  
RESPONSABILE DEL CTS – CENTRO TERRITORIALE DI SUPPORTO BES  
REGGIO CALABRIA  
[cts-rc@icgiovannixxiii.edu.it](mailto:cts-rc@icgiovannixxiii.edu.it)

## COMODATO D'USO GRATUITO

### **MODULO DI RICHIESTA PASSAGGIO COMODATO D'USO DI AUSILI E SUSSIDI DIDATTICI PER ALUNNI CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI**

Codice Univoco Progetto \_\_\_\_\_

Titolo Progetto \_\_\_\_\_

Annualità del bando \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Codice Meccanografico \_\_\_\_\_

Denominazione della scuola \_\_\_\_\_

**ANNO SCOLASTICO** \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI AUSILIO/SUSSIDIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





# Istituto Comprensivo "Giovanni XXIII"

Via Ammiraglio Curzon, 34 – 89018 Villa San Giovanni (RC)

Tel. 0965751533 - Fax 0965700406 – C.F. 92081280809 – C.M. RCIC855001

[rcic855001@istruzione.it](mailto:rcic855001@istruzione.it) - [cts-rc@icgiovannixxiii.edu.it](mailto:cts-rc@icgiovannixxiii.edu.it) - [www.icgiovannixxiii.edu.it](http://www.icgiovannixxiii.edu.it)

Codice Univoco Ufficio UFE9TC

SCUOLA IN USCITA \_\_\_\_\_ ORDINE DI SCUOLA IN USCITA \_\_\_\_\_

Classe alunno/a contratto comodato iniziale: \_\_\_\_\_

Responsabile contratto comodato: Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Referente Inclusione della Scuola: Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico: Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

SCUOLA IN ENTRATA \_\_\_\_\_ ORDINE DI SCUOLA IN ENTRATA \_\_\_\_\_

Classe alunno/a contratto comodato iniziale: \_\_\_\_\_

Responsabile contratto comodato: Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Referente Inclusione della Scuola: Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico: Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

LUOGO, DATA

\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

L'INSEGNANTE RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

IL REFERENTE INCLUSIONE

\_\_\_\_\_

DA INVIARE VIA MAIL: [cts-rc@icgiovannixxiii.edu.it](mailto:cts-rc@icgiovannixxiii.edu.it)



**CENTRO TERRITORIALE DI SUPPORTO BES**

**Scuola Polo per l'inclusione**  
Provincia di Reggio Calabria