**(Su carta intestata dell’Istituto)**

**RICHIESTA TUTOR ANPAL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione Istituto** | **Codice meccanografico** | **Statale/paritario** | **Indirizzo/i di studio****Numero studenti in ASL** | **Numero tutor ASL****Interni all’Istituto** | **Note**(descrivere le difficoltà affrontate nell’erogazione dei percorsi formativi di ASL ed i motivi per i quali si chiede l’assistenza di un Tutor ANPAL) |
|  |  | **□statale****□paritario** | **Indirizzo………………………………****n. studenti classi III……………..****n. studenti classi IV…………….****n. studenti classi V……………..****Indirizzo………………………………****n. studenti classi III……………..****n. studenti classi IV…………….****n. studenti classi V……………..** | **………………****………………** |  |

Roma,

 **Il Dirigente Scolastico**

 **(Timbro e firma)**