**(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)**