



**AUTODICHIARAZIONE RINUNCIA ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA 2024/2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ genitore/tutore dello  
studente

\_\_\_\_\_

frequentante la Scuola Secondaria di II Grado

l'Istituto \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di rinunciare formalmente, sotto la propria personale responsabilità e nell'interesse del minore, al servizio di Assistenza specialistica scolastica per alunni e studenti con disabilità per l'anno scolastico 2024/25, per il/i seguente/i motivo/i :

MOTIVI PERSONALI

MOTIVI FAMILIARI

ALTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_