

**CONSENSO PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE DEL PROPRIO FIGLIO ALL'AZIENDA
OSPEDALIERA / ASL PER SOSPETTO DISTURBO SPECIFICO DI APPRENDIMENTO**

Al Dirigente scolastico

All' ASL _____

I sottoscritti _____ e _____,
genitori del minore _____ nato/a a _____,
residente a _____ in via _____ e
frequentante l'Istituto Comprensivo di Villa Cortese nel plesso _____
sezione _____ classe _____,

**A SEGUITO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE DAGLI INSEGNANTI RISPETTO
ALLE DIFFICOLTÀ NELLE ABILITÀ STRUMENTALI DI BASE
(LETTURA, SCRITTURA E CALCOLO) DEL PROPRIO FIGLIO ACCANTO A
BUONE COMPETENZE GENERALI,**

ACCONSENTONO

AFFINCHÈ PER IL PROPRIO FIGLIO/A VENGA RICHIESTA AI SERVIZI SANITARI
UNA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA RIGUARDANTE GLI EVENTUALI DISTURBI
SPECIFICI DI APPRENDIMENTO PER LA DEFINIZIONE DEGLI INTERVENTI
NECESSARI AI FINI DELL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA.

Villa Cortese, li ___/___/_____.

FIRME

