

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

I sottoscritti.....
Genitori del minore
Nato ail.....
E residente aVia
Tel.....
Frequentante la scuola.....
Classe.....

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

ACCONSENTONO

AFFINCHE' PER IL PROPRIO FIGLIO VENGA RICHIESTA AI SERVIZI SANITARI UNA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA RIGUARDANTE GLI EVENTUALI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

Data.....

Firma.....