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 a .................................................................. il............................................................

E residente a ....................................... Via..................................................................................

Tel.....................................................................

Frequentante la scuola.................................................................................................................... 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

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

Data.............................. Firma.....................................