

**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

di 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.....