

**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.....