

Al responsabile U.O.N.P.I.A.

Unità Operativa dell'Infanzia e dell'Adolescenza

di.....

| | |
|-----------------------------------|-------|
| Il sottoscritto (genitore/tutore) | |
| _____ | _____ |
| cognome | nome |
| dell'alunno | |
| _____ | _____ |
| cognome | nome |
| residente a | |
| _____ | |
| in via | |
| _____ | |
| _____ | |

CHIEDE

una consulenza per la valutazione clinica del proprio figlio/a _____
iscritto alla classe _____ sez. _____ della Scuola dell'Infanzia/Primaria/ Secondaria di primo grado
" _____ " di _____

per i seguenti motivi (difficoltà nell'area dell'autonomia, relazionale, motoria, del linguaggio, attentivo-
mnemonica, logica,...)

Si comunica che, su vostra richiesta scritta, la scuola è disponibile a inviare una relazione descrittiva dalla
situazione.

_____, ____/____/____

I genitori

