ALL’UNITA’ OPERATIVA

DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

DISTRETTO DI BRONTE

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

genitore dell’alunn\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la scuola Primaria/ dell’ Infanzia del Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_

fa richiesta a codesta Unità Operativa di voler sottoporre a visita \_\_ l\_\_ propri\_\_ figli\_\_ per l’eventuale

certificazione di portatore di handicap, al fine dell’assegnazione dell’insegnante di sostegno.

Bronte, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DEL GENITORE

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA CERTIFICAZIONE DELL’EQUIPE DELL’ U.O.N.P.I. HA ESCLUSIVO VALORE AI FINI DELL’ASSEGNAZIONE DELL’INSEGNANTE DI SOSTEGNO SENZA ALCUNA RIPERCUSSIONE SULLE FUTURE ATTIVITA’ DELL’ALUNNO. ESSA RIMANE DOCUMENTO RISERVATO DELL’ISTITUZIONE SCOLASTICA E NON POTRA’ ESSERE MESSO A DISPOSIZIONE DI ALCUN ALTRO ENTE PUBBLICO O PRIVATO.