

Istituto Comprensivo “NINO CORTESE”

Sede Centrale via B. Croce 38 - 80026 CASORIA (NA) Tel/Fax 081 7590420

C.F.: 93056830636 – Cod. Mecc.: NAIC8EN005

**E-Mail:** **naic8en005@istruzione.it****;** **naic8en005@pec.istruzione.it****;**

[**www.icninocortese.edu.it**](http://www.icninocortese.edu.it)

 Allegato 2

**CONSENSO PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE DEL PROPRIO FIGLIO ALL’AZIENDA OSPEDALIERA/ASL PER SOSPETTO DISTURBO SPECIFICO DI APPRENDIMENTO**

Al Dirigente scolastico dell’I.C. “Nino Cortese”

All’ ASL Napoli 2 Nord – Distretto 43 Casoria

Via Alcide de Gasperi

 Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I sottoscritti………………………………………………………………………………………………………………………………..

Genitori del minore……………………………………………………………………………………………………………………

Nato/a a

Residente a in Via

Frequentante la scuola classe

Telefono genitori:

**A SEGUITO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE DAGLI INSEGNANTI RISPETTO ALLE DIFFICOLTA’ NELLE ABILITA’ STRUMENTALI DI BASE (LETTURA, SCRITTURA E CALCOLO) DEL PROPRIO FIGLIO**

**ACCONSENTONO**

AFFINCHE’ PER IL PROPRIO FIGLIO/A VENGA RICHIESTA AI SERVIZI SANITARI UNA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA RIGUARDANTE GLI EVENTUALI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO PER LA DEFINIZIONE DEGLI INTERVENTI NECESSARI AI FINI DELL’INTEGRAZIONE SCOLASTICA.

Data,

FIRMA………………………………….

FIRMA………………………………….