

ALLEGATO A All'Azienda Sanitaria Locale.....
Collegio per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap

....I.... sottoscritto /a.....

nella sua qualità di :

Genitore

Tutore

nato/a a.....prov.....il

residente in(C.A.P.).....

Via

telefono.....telefono cellulare.....

CHIEDE

che il minore:

Cognome.....Nome.....

Nato ail.....

residente inC.a.p.....

Via

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

venga sottoposto, ai fini dell'integrazione scolastica, all'accertamento dello stato di handicap,
 ai sensi del DPCM n. 185 del 23 febbraio 2006.

A tal fine:

DICHIARA

che l'alunno/a sarà iscritto/a per l'anno scolasticoa

- Scuola dell'infanzia
- Scuola Primaria – alla classe.....
- Scuola Secondaria di I grado – alla classe
- Scuola secondaria di II grado – alla classe.....