**ALL.C**

**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……………………………………………………………………………………………………..

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…………………………………