

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

