

ALLEGATO N. 1
RICHIESTA VERBALE ACCERTAMENTO SCOLASTICO

da trasmettere a scuola.autismo@asppalermo.org

DATI UTENTE

(parte che deve compilare il genitore)

DATA RICHIESTA _____

NOME _____

COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

VIA _____

NOME E COGNOME MADRE _____

NOME E COGNOME PADRE _____

CELLULARE GENITORI _____

MAIL _____

SCUOLA _____

MEDICO DI RIFERIMENTO/OPERATORE CHE LO HA VALUTATO RECENTEMENTE

DA CHI E' FORMULATA LA RICHIESTA: _____

Allegare alla richiesta i seguenti documenti:

- copia verbale di accertamento scolastico scaduto
- copia legge 104
- ultima relazione/certificazione clinica U.O.C Autismo o altri enti del SSN

Firma del richiedente

Parte che deve compilare il personale della U.O.C.

NUMERO CARTELLA _____