

Allegato 2 alla nota prot. prot. 20362 del 2 dicembre 2011

NON AUTORIZZAZIONE alla trasmissione alla ASL competente per territorio della segnalazione scolastica di Disturbo Specifico di Apprendimento per la valutazione da parte del Servizio Sanitario Regionale.

Io sottoscritto _____

nato il _____ a _____

Residente a _____ prov. _____

In via _____ CAP _____

Genitore dell'alunno _____

frequentante la scuola _____

confermo di essere stato informato dalla scuola:

- 1) che la segnalazione scolastica di DSA rilasciata a mio figlio da uno specialista o da una struttura privata deve essere valutata dal servizio sanitario regionale per conservare validità ai fini scolastici;
- 2) che la mancata trasmissione alla ASL per la valutazione comporterà la cessazione della validità della diagnosi ai fini scolastici dal 1° settembre 2012.

INFORMATO DI QUANTO SOPRA

NON AUTORIZZO

la scuola a trasmettere la diagnosi alla ASL per ottenerne la valutazione da parte del servizio sanitario regionale.

Firma leggibile

CONSEGNARE LA PRESENTE NON AUTORIZZAZIONE UNA SOLA COPIA FIRMATA IN ORIGINALE