**ALL.A**



**Istituto Comprensivo di Ospitaletto**

Via Zanardelli, 13/B - 25035 Ospitaletto (BS)

cod. meccanografico BSIC827009 - CF 98093120172 – cod. univoco ufficio UFS20G

*Email bsic827009@istruzione.it – PEC BSIC827009@pec.istruzione.it*

*Tel. 030 640120 -* ***www.icospitaletto.edu.it***

**ATTO DI CONSENSO**

DEGLI ESERCENTI LA POTESTA’

PER VALUTARE LA POSSIBILITA DI RICHIESTA DI ACCERTAMENTO

SECONDO DPCM 185/06

MOTIVI DELLA RICHIESTA: indicazioni sintetiche dell’insegnante relative ai comportamenti dell’alunno/a che hanno portato alla richiesta (**in allegato** Relazione “**Motivi della segnalazione**”)

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Eventuali osservazioni o motivazioni aggiuntive da parte dei genitori:

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Il sottoscritto/a**...............................................................................................

**in qualità di** (relazione di parentela) ....................................................................

**Tel**............................................**Cellulare**..........................................................

**del minore**........................................................................................................

**Codice Fiscale**..................................................................................................

**nato a** ..............................................................**il**..............................................

**residente a**................................................**in via**...............................................

**frequentante la scuola**.....................................................**classe**.......................

**ACCONSENTE**

a che la scuola avvii la richiesta di valutazione per il/la proprio/a figlio/a ai servizi socio-sanitari competenti

Ospitaletto, lì.......................2022/2023

FIRMA

...................................................

..................................................