

**Al Dirigente Scolastico**  
**dell'Istituto Comprensivo "L. Chitti" di**  
**Cittanova**

OGGETTO: **Consenso dei genitori per la richiesta di valutazione diagnostica del proprio figlio**  
**presso l'Azienda Sanitaria Provinciale (A.S.P.) di Reggio Calabria**

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

E residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cell. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Frequentante la scuola:

- Infanzia  
 Primaria  
 Secondaria di I grado

A seguito delle informazioni ricevute dagli insegnanti riguardanti le difficoltà riscontrate nelle  
abilità scolastiche del proprio figlio

- Acconsentono  
 Non acconsentono

Affinchè venga richiesta ai servizi sanitari una valutazione diagnostica per il proprio figlio.

Cittanova lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_