**ALL. A**

**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)

…

…

…

Eventuali osservazioni o motivazioni aggiuntive da parte dei genitori:

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

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

del minore ................................................................. 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 sociosanitari competenti.

Data………………………….. FIRMA..................................................