ISTITUTO SCOLASTICO

DATA:

PROT. N°:

 AL RESPONSABILE DELL’UNITA’ MULTISCIPLINARE

 DISTRETTO DI MODICA

PROPOSTA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI HANDICAP AI SENSI DELLA LEGGE 104/92 ART.3 COMMA 1

COGNOME: NOME:

DATA NASCITA: RESIDENZA:

TELEFONO : SEZIONE/CLASSE:

SPECIFICARE LE MOTIVAZIONI PER CUI SI PROPONE L’ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI HANDICAP:

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DOCUMENTAZIONE SANITARIA : SI NO

FIRMA GENITORI: -----------------------------------------------

 ------------------------------------------------

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO