

ISTITUTO SCOLASTICO

.....



- Al Responsabile/Coordinatore UMEE  
ASUR –Area Vasta 2  
Distretto di .....

p.c. - Al Pediatra di Libera Scelta

.....

**OGGETTO: RICHIESTA DI INTERVENTO ALL'UNITA' MULTIDISCIPLINARE ETA' EVOLUTIVA (UMEE) DELLA SEDE DI .....**

SI CHIEDE

- di attivare la procedura per l'individuazione della disabilità (art. 2 D.P.R. 24.02.94)
- certificazione di DSA ( Art. 3 L.170/2010)
- valutazione per altri Disturbi di Sviluppo

per l'alunno:

COGNOME .....NOME .....

nat\_ a ..... il .....

residente a ..... Via ..... Tel. ....

frequentante la classe .....della Scuola .....

per le seguenti problematiche (**compilare la relazione di sintesi delle osservazioni allegata**):

.....

.....

.....

.....

**GLI INSEGNANTI**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del/i GENITORE/I**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_