**ISTITUTO SCOLASTICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  |  |  |
| **DISTRETTI SANITARI - UMEE**  **Ancona - Senigallia - Jesi - Fabriano** | | |

**……………………………………**

- **Al Responsabile UMEE**

**ASUR –Area Vasta 2**

**Distretto di JESI**

**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 dei GENITORI IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

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

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