

**ALLEGATO N. 1**  
**RICHIESTA VERBALE ACCERTAMENTO SCOLASTICO**

da trasmettere a scuola.autismo@asppalermo.org

**DATI UTENTE**

**(parte che deve compilare il genitore)**

DATA RICHIESTA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME MADRE \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME PADRE \_\_\_\_\_

CELLULARE GENITORI \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

SCUOLA \_\_\_\_\_

MEDICO DI RIFERIMENTO/OPERATORE CHE LO HA VALUTATO RECENTEMENTE  
\_\_\_\_\_

DA CHI E' FORMULATA LA RICHIESTA: \_\_\_\_\_

**Allegare alla richiesta i seguenti documenti:**

- copia verbale di accertamento scolastico scaduto
- copia legge 104
- ultima relazione/certificazione clinica U.O.C Autismo o altri enti del SSN

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

**Parte che deve compilare il personale della U.O.C.**

NUMERO CARTELLA \_\_\_\_\_