**(Allegato A)**

**ATTO CONSENSO**

**DEGLI ESERCENTI LA PODESTA’ PER LA SEGNALAZIONE ALL’AZIENDA ASST DI VALLECAMONICA AI FINI DELLA CERIFICAZIONE DI ALUNNO IN SITUAZIONE DI HANDICAP**

**(Art. 3 L.104/92)**

**MOTIVI DELLA SEGNALAZIONE**: Indicazioni sintetiche dell’insegnante relative ai comportamenti dell’alunno/a che hanno portato alla segnalazione.

|  |
| --- |
|  |

**Eventuali osservazioni o motivazioni aggiuntive da parte dei genitori:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Il sottoscritto …………………………………………………in qualità di………………………  del minore…………………………………………..nato a ……………..il ……………………..  residente a ………………………….in via……………………………………………………….  frequentante la scuola………………………………………………..classe…………………... |

**ACCONSENTE**

a che la scuola **avvii la procedura** di **segnalazione** per il/la proprio/a figlio/a ai servizi socio-sanitari competenti dell’Azienda ASL N°………

Data ……………………… Firma……………………………………….