



- Alla **Responsabile UMEE**
ASUR Distretto di

- Alle **Assistenti Sociali UMEE**
ASUR Distretto di

OGGETTO: richiesta di intervento all'Unità Multidisciplinare Età Evolutiva(UMEE) della sede di

SI CHIEDE

di attivare la procedura per “l'individuazione della disabilità” (art. 2 D.P.R. 24.02.94) con valutazione operatori UMEE: NPI, Psicologo, Logopedista, Assistente Sociale

certificazione di DSA (Art. 3 L.170/2010)

la “consulenza” degli operatori UMEE

per l'alunn_Sesso M F

nat_ a il

Cittadinanza.....Nazionalità.....

residente a Via Tel.

frequentante la classedella Scuola

per i seguenti motivi (vedi breve relazione allegata):

.....
.....
.....
.....

GLI INSEGNANTI

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma per il consenso informato
I Genitori

