

**Ministero dell’ Istruzione, dell’ Università e della Ricerca**

**ISTITUTO COMPRENSIVO di STRADELLA**

(Scuola dell’infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado)

Via Repubblica,48 – 27049 STRADELLA

tel. 0385/48053 – 0385/48136 - fax 0385/246190

C.F. 93012910183 – Cod. Mecc. PVIC822002

e-mail: pvic822002@pec.istruzione.it – PEC: pvic822002@pec.istruzione.it

SITO: www.istitutocomprensivostradellapv.gov.it

Stradella, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai genitori dell’alunno/a

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

classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OGGETTO: **rinnovo della Diagnosi alunni certificati**

Si comunica che, in occasione della conclusione del ciclo scolastico, occorre avviare l’iter per il rinnovo della Diagnosi.

E’ necessario che la famiglia contatti personalmente il Servizio di Neuropsichiatria Infantile di Voghera (Viale Repubblica, 88 Tel. 0383-695412) e che richieda un appuntamento con il/la Neuropsichiatra che ha sottoscritto in precedenza la Diagnosi (Dott./ Dott.ssa ……………………..………..…………).

Il docente di Sostegno si rende disponibile per qualsiasi chiarimento.

NOTE: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del docente di Sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Il Dirigente Scolastico  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

==================================================================================

Il sottoscritto ……………………………………………...……………………………………., genitore dell’alunno/a ……………………......……………..………….., classe ………………, dichiara di aver ricevuto la lettera relativa al rinnovo della Diagnosi in occasione della conclusione del ciclo scolastico.

Data: ………………………… Firma del genitore

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