**Comunicazione ai sensi della Legge 170/2010 art. 3 ai genitori del minore**

**Padre**…………………………………………………………………………………………………**Madre**…………………………………………………………………………………………………**Esercenti la patria potestà di** ……………………………………………………………………….

**Con l’invito a consegnarlo al Pediatra di Libera scelta/Medico di medicina generale**

**Dr./ Dott.ssa**…………………………………………………………………………………………...

**Il minore**………………………………………………………………………………………………

**Nato a**…………………………………………………**il**……………………………………………..

**Residente in**………………………………………….**.via**……………………………………………

**Frequentante la scuola**……………………………….**.classe**……………………………………….

**Presenta le seguenti difficoltà di apprendimento:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Per le quali sono già state poste in essere le seguenti misure:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**GLI INSEGNANTI RISPETTO ALLE DIFFICOLTA’ NELLE ABILITA’ STRUMENTALI DI BASE (LETTURA,SCRITTURA, E CALCOLO) DELL’ALLIEVO/A CONSIGLIANO DI RIVOLGERSI AL PROPRIO MEDICO PEDIATRA O DI MEDICINA GENERALE PER GLI EVENTUALI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI AI SENSI DELLA LEGGE 170/2010.**

**I genitori prendono atto della comunicazione e acconsentono.**

Fidenza, Firma dei genitori

……………………………………….

……………………………………….

Il Dirigente Scolastico

……………………………………….