



# I.M.P.P. LA NOSTRA SCUOLA

Roma, .....

Cognome e Nome .....

Codice fiscale.....

Noto a ..... il.....

Sesso M ..... F.....

Residente a .....

Via ..... N..... Cap.....

Municipio.....As/.....

Nome e Cognome Madre .....Cell.....

Nome e Cognome Padre .....Cell.....

E mail .....

Classe .....Scuola .....

/nviante e/o segnalante.....

Valutato SI ..... NO ..... Da chi .....

Diagnosi.....

- Allegare eventua/e documentazione valutativa ( inviare viafax al n. 06/7184450 o via e-mail all'indirizzo [lascuofa@tiscali.it](mailto:lascuofa@tiscali.it))

- Si richiede: SERVIZIO ACCREDITATO ..... SERVIZIO PRIVATO.....

- e Si autorizza questo Centro di Riabilitazione ad inserire i dati relativi il proprio figlio/a nella lista d'attesa de/ Centro.

Firma