



I.M.P.P. LA NOSTRA SCUOLA

Roma,

Appellido y Nombre

Codigo fiscal.....

Lugar de Nacimiento el.....

Sexo M F.....

Lugar de Domicilio

Calle N..... Código postal.....

Ciudad.....AsL.....

Nombre y Appellido de la Madre Móvil.....

Nombre y Apellido del Padre Móvil.....

Correo electrónico

ClaseEscuela

Remitente y/u segnalante.....

Evaluado SI NO Asesor

Diagnosis.....

- Adjuntar cualquier documentación acreditativa (enviar por fax al n. 06/7184450 u por correo electrónico lascuofa@tiscali.it)

- Se pide: **SERVICIO ACREDITADO** **SERVICIO PRIVADO**.....

- El abajo firmante autoriza este Centro de Rehabilitación para insertar los datos relativos a sus propios hijos en la lista de espera del nuestro Centro.

Signatura