|  |
| --- |
| ***I.C. “V. BRANCATI” REGIONE SICILIANA*** |
| ***Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca*** |
| ***Istituto Comprensivo Statale “V. Brancati”*** |

*Viale S.Teodoro. - 95121 CATANIA - Tel 095/457478 – Fax 095/209514 – C.F. 80014150876*

*E-mail:* ctic886005@istruzione.it

**Alla Famiglia dell’alunno**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OGGETTO: visita per il rinnovo della Diagnosi Funzionale**

La S.V. genitore dell’alunn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_\_\_\_della scuola d’infanzia, primaria, secondaria di questo Istituto,

è invitata a recarsi presso l’ASP(Azienda Sanitaria Provinciale)-Distretto Catania 2,in Corso Italia n°234,il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per consentire all’equipe del servizio medico di effettuare all’alunn\_\_ sopracitat\_\_ le consuete visite mediche per il rinnovo della **Diagnosi Funzionale.**

Catania, Il Docente di sostegno

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Compilare e restituire al docente di sostegno)**

Il sottoscritto/a genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ha ricevuto la comunicazione relativa alla visita medica che dovrà effettuare il proprio/a figlio/a presso l’ASP di Catania.

**Catania, Firma del genitore**