MODULO DA UTILIZZARSI PER MINORE CERTIFICATO AI FINI DEL SOSTEGNO SCOLASTICO

Alla cortese attenzione
del Medico Referente

(la compilazione è a cura della segreteria)

_____

OGGETTO: richiesta di contatto/colloquio con operatore dell'equipe riabilitativa del Presidio di riabilitazione dell'Associazione La Nostra Famiglia di Pasian di Prato (Ud).

Il/La sottoscritto/a _____

Insegnante dell'alunno _____

Classe di appartenenza _____, della scuola_____

attualmente in **carico riabilitativo** presso codesto Presidio di Riabilitazione chiede:

- di poter prendere contatto con un membro dell'equipe per la seguente motivazione:

_____

- che il colloquio avvenga:

personalmente ☐ telefonicamente ☐ online ☐

Il presente modulo dovrà essere consegnato alla Segreteria NPI del PdR personalmente oppure a mezzo mail inviandolo al seguente indirizzo: scuole.pasian@lanostrafamiglia.it

Decorsa una settimana dall'invio della richiesta, **è necessario telefonare al 0432.693103**, nelle giornate di lunedì, mercoledì e venerdì dalle h. 9.00 alle h. 12.00 e del martedì e giovedì dalle h. 14.00 alle h. 16.00, per la definizione della data e dell'orario dell'incontro.

Sarà cura degli operatori scolastici comunicare alla famiglia la data e l'orario dell'incontro con eventuale trasmissione del link del meet online.

Indicazione Nominativo Operatore: _____

Data, Firma del Richiedente

Firma del Medico referente per autorizzazione