

**RICHIESTA DI VALUTAZIONE PER ALUNNO CON SOSPETTO DISTURBO SPECIFICO DI APPRENDIMENTO**

(Da compilare a cura degli operatori scolastici e da trasmettere all'Azienda Sanitaria provinciale (ASP a cura del dirigente scolastico)

SCUOLA \_\_\_\_\_

CLASSE \_\_\_\_\_

INSEGNANTI \_\_\_\_\_

MATERIA \_\_\_\_\_

Il minore \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

E residente a \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Presenta le seguenti difficoltà:

# di lettura \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_