

Per il tramite dell'I.C. "TREMESTIERI"

Al Referente Medico
dott. **CHIMENZ Sergio**
sergio.chimenz@asp.messina.it

OGGETTO: RICHIESTA **VISITA SPECIALISTICA.**

I sottoscritti _____ / _____
(padre) (madre)
genitori dell'alunno/a diversamente abile _____
nat__ a _____ il _____, iscritt__ presso
l'Istituto Comprensivo "Tremestieri" di Messina plesso _____
classe _____ sez. _____, con Verbale di accertamento Handicap che reca
data di scadenza _____,

CHIEDONO

che il/la suddett__ alunn__ **venga sottoposta a visita specialistica presso codesta**
U.O., ai fini della revisione del Verbale.

AUTORIZZANO l'Istituto Comprensivo "Tremestieri" di Messina al trattamento dei dati
personali e sensibili per i figli di cui alla presente richiesta.

Messina, ____/____/____

FIRME

(padre) _____;

(madre) _____.