

Al Dirigente
dell'Istituto _____
via _____

Il sottoscritto _____, nato il _____ a _____, la sottoscritta _____, nata il _____ a _____, rispettivamente padre e madre dell'alunno _____ frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

AUTORIZZANO

La richiesta di consulenza presso lo Sportello Autismo attivato presso il CTS di Ravenna, sito in via Manzoni 6 – Faenza-, per l'alunno _____, frequentante la classe _____.

DATA

FIRMA

FIRMA
