

Al Dirigente del CTS Ravenna/Faenza
Prof. Fabio Gramellini
Via Manzoni 6 48018 Faenza (RA)

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

DICHIARANO

di aver preso visione del Regolamento dello Sportello autismo, pubblicato sul sito del CTS di Ravenna
<http://ra.cts.istruzioneer.it/sportello-autismo/> e

AUTORIZZANO

€ la richiesta di consulenza

€ la somministrazione del test PEP3 o del test TTAP

presso lo Sportello Autismo del Centro Territoriale di Supporto di Ravenna, sito in via Manzoni 6 a Faenza-
per l'alunno _____, frequentante la classe _____
dell'Istituto _____ di _____.

L'alunno/a sarà accompagnato dal docente _____ e/ o
dall'educatore scolastico _____ e/o dal
genitore/ tutore legale _____

Luogo e data

Firme di entrambi i genitori o dei tutori legali