

Carta intestata della scuola
Protocollo

Luogo e data

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

Il sottoscritto _____

Dirigente scolastico dell'Istituto _____

VISTO

- la richiesta del consiglio di classe,
- il consenso formale dei genitori/ tutori legali

RICHIEDE

la consulenza ed eventuale somministrazione del test PEP3 o TTAP presso lo Sportello Autismo attivato presso il CTS di Ravenna, sito in via Manzoni 6 a Faenza-, per l'alunno

_____, frequentante la classe _____.

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

Firma del Dirigente scolastico