

Al Direttore del CTS di Ravenna
Prof. Fabio Gramellini
Via Manzoni, 6
48018 Faenza (Ra)

Oggetto: autorizzazione alla richiesta di consulenza/somministrazione test TTAP o PEP 3.

Il sottoscritto _____, nato il _____ a _____,
la sottoscritta _____, nata il _____ a _____,
rispettivamente padre e madre/tutori legali dell'alunno _____
frequentante la classe _____ dell'Istituto _____,
vista la richiesta del CdC, tenutosi in data _____

DICHIARANO

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

AUTORIZZANO

-) la richiesta di consulenza

-) la somministrazione del test PEP 3 o del test TTAP presso l'Istituto _____,
sito in via _____, città _____ tel. _____
per l'alunno _____, frequentante la classe _____
dell'Istituto _____ di _____.

L'alunno 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

