

PRESIDIO DI RIABILITAZIONE

All.n.3.1.a

**MODULO DA UTILIZZARSI  
PER MINORE CERTIFICATO AI FINI DEL SOSTEGNO SCOLASTICO**

Data

Alla cortese attenzione  
del Medico Referente  
(la compilazione è a cura della segreteria)

OGGETTO: richiesta di contatto/colloquio con operatore dell'equipe riabilitativa del Presidio di riabilitazione dell'Associazione La Nostra Famiglia di Pasian di Prato (Ud).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Insegnante dell'alunno \_\_\_\_\_ Classe di appartenenza \_\_\_\_\_,  
della scuola \_\_\_\_\_

attualmente in **carico riabilitativo** presso codesto Presidio di Riabilitazione chiede:  
- di poter prendere contatto con un membro dell'equipe per la seguente motivazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- che il colloquio avvenga:

personalmente   
telefonicamente

**Nota bene:**

- Il presente modulo deve essere restituito alla Segreteria Medici de "La Nostra Famiglia" di Pasian di Prato (UD) a mezzo fax (0432-693106), oppure a mezzo e-mail (seg\_npi@pp.lnf.it) oppure tramite la famiglia.

- Per la definizione della data ed orario degli appuntamenti si chiede di chiamare, decorsi 15 giorni dall'inoltro della richiesta, nelle giornate dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 12.00 e dalle 14.00 alle 17.00 al seguente numero telefonico: 0432 693103. e di avvisare i genitori del minore di tale data

- nell'ipotesi che il contatto/colloquio sia soggetto ad autorizzazione da parte della Direzione dell'Istituto scolastico di appartenenza dell'alunno/a sarà cura del richiedente inoltrare ed ottenere tale autorizzazione.

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Firma per autorizzazione  
Medico referente

\_\_\_\_\_

Indicazione nominativo operatore

\_\_\_\_\_