

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**MODULO DI RICHIESTA DI ACCESSO AI SERVIZI****RICHIEDENTE**

<b>COGNOME:</b>	<b>NOME:</b>
<b>INDIRIZZO DI RESIDENZA:</b>	
<b>LUOGO E DATA DI NASCITA:</b>	<b>CELLULARE:</b>
<b>EMAIL:</b>	<b>CODICE FISCALE:</b>

**IN QUALITA' DI**

- Genitore  
 Tutore legale  
 Persona esercente la responsabilità genitoriale  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL MINORE:**

<b>COGNOME E NOME:</b>	<b>CODICE FISCALE:</b>
<b>LUOGO E DATA DI NASCITA:</b>	
<b>SCUOLA FREQUENTATA</b>	<b>CLASSE:</b>

**MOTIVO DELLA RICHIESTA / PROBLEMATICA RIFERITA****(DESCRIVERE BREVEMENTE LE DIFFICOLTÀ OSSERVATE O IL MOTIVO PER CUI SI RICHIEDE LA PRESA IN CARICO)**


---



---



---



---

**SERVIZIO O PRESTAZIONE RICHIESTA**

- PRIMA VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA  
 VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA / PSICOLOGICA  
 TRATTAMENTO RIABILITATIVO (LOGOPEDICO, PSICOMOTORIO, ECC.)  
 CERTIFICAZIONE AI FINI SCOLASTICI (D.S.A., L.104/92, L.170/2010)  
 CONSULENZA FAMILIARE / ORIENTAMENTO  
 ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_



**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (SE DISPONIBILE)**

- REFERTI MEDICI O SPECIALISTICI PRECEDENTI
- RELAZIONI SCOLASTICHE / SEGNALAZIONE SCUOLA
- CERTIFICAZIONI GIÀ IN POSSESSO
- ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

**Per uso interno dell'Ambulatorio:**

Data ricezione \_\_\_\_\_ Operatore \_\_\_\_\_

Note interne \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 Reg. UE 2016/679)**

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della presente richiesta e alla consegna della documentazione sanitaria, nel rispetto delle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali.